

Planeamento da Alta:

Impacto nos Indicadores de Desempenho Hospitalar

[illegible]

Docente Orientador:
Francisco Ramos

Lisboa, Junho de 2013

Escola Nacional de Saúde Pública
Universidade Nova de Lisboa
Curso de Mestrado de Gestão da Saúde
2011-2013

Planeamento da Alta:
Impacto nos Indicadores de Desempenho Hospitalar

Relatório do Trabalho de Projeto

Trabalho de Projeto elaborado para obtenção do Grau de Mestre em Gestão de Saúde.

Elaborado por:
Filipa Salema Garção

Docente Orientador:
Francisco Ramos

Lisboa, Junho de 2013

***“Great things are not done by impulse, but by a series of small things
brought together”***

Vincent van Gogh

Agradecimentos

Terminar qualquer trabalho é geralmente bastante gratificante. Atingir os objetivos a que nos propomos durante tanto tempo cria uma agradável sensação de “missão cumprida”.

Este trabalho constituiu mais uma etapa do percurso académico. Foi um objetivo alcançado com esforço e nesta última etapa existem diversos contributos que não se podem deixar de realçar. Por isso gostaria de expressar o meu mais sincero agradecimento a todos os que me apoiaram, comentaram ou criticaram.

Desta forma é justo mencionar em forma de homenagem todos aqueles que de alguma forma ajudaram, tornando possível a realização deste trabalho.

A Escola Nacional de Saúde Pública, que mediou a aprendizagem através do curso ofertado e ao corpo Docente do Curso de Mestrado de Gestão da Saúde, pela disponibilidade e atenção.

O Professor Orientador Francisco Ramos, pela disponibilidade, paciência e preocupação revelada ao longo desta etapa, pelas críticas e sugestões relevantes realizadas durante a orientação, que obrigaram a refletir mais profundamente sobre determinados aspetos, que tanto contribuíram para a realização deste estudo de investigação. Obrigada pelo trabalho de orientação que norteou todo o processo de elaboração deste trabalho académico.

Agradeço às Professoras Céu Mateus e Sílvia Lopes e Professor Rui Santana pela disponibilidade e apoio prestado.

Aos colegas de curso e em especial à Ana, à Dulce, à Mafalda e à Paula por todos os bons momentos que passámos, pelo apoio nos momentos menos bons, pela sua amizade, boa disposição, opiniões e críticas ao longo destes anos e principalmente nesta etapa.

Aos meus pais e irmãos! A toda a minha família! Às minhas amigas! E ao António, pela paciência e pelas horas que não passámos juntos. Obrigada!

Resumo

Planeamento da Alta: Impacto nos Indicadores de Desempenho Hospitalar

O problema do presente trabalho reside na percentagem de hospitais do SNS que não tem um processo de planeamento de alta *standartizado*.

Norteadada pela questão de investigação: Qual o impacto do Planeamento das Altas nos indicadores de desempenho dos hospitais do SNS?; pelas hipóteses de que os hospitais com um processo de Planeamento da Alta *standartizado* têm uma Taxa de Reinternamento e uma Demora Média menor; e pelo objetivo geral: Conhecer o impacto do planeamento da alta *standartizado* nos indicadores de desempenho dos hospitais do SNS, enveredou-se pelo paradigma quantitativo e foi realizada uma análise comparativa dos indicadores de desempenho de dois grupos hospitalares.

Estudou-se uma amostra da população acessível, constituída por 57 estabelecimentos hospitalares do SNS e destes foram criados dois grupos de hospitais, que diferiam no facto de ter um processo de planeamento de alta *standartizado*. No final obteve-se uma amostra, não probabilística, de 12 hospitais, seis que possuíam um processo *standartizado* e os outros seis não.

A recolha de dados foi efetuada através dos sítios da ACSS, DGS e das entidades hospitalares. Os dados foram tratados através da estatística descritiva e indutiva, com recurso a programas informáticos.

Da análise emergiram como principais resultados:

A existência de um processo de planeamento de alta hospitalar *standartizado* não tem um impacto significativo nos indicadores de desempenho hospitalar, nomeadamente na redução das Taxas de Reinternamento e da Demora Média hospitalar.

Palavras-chave: Alta Hospitalar, Planeamento da Alta, Indicadores de Desempenho, Reinternamento, Demora Média.

Abstract

Discharge Planning: Impact on Hospital Performance Indicators

The problem of this work relies on the percentage of NHS hospitals that do not have a *standardized* discharge planning process.

Guided by the research question: What is the impact of the Discharge Planning in the performance indicators of NHS hospitals?; the hypothesis that hospitals with a standardized discharge planning process have a lower readmission rate and a lower length of stay; and by objective: to know the impact of standardized discharge planning in performance indicators of NHS hospitals, the author follows the quantitative paradigm and performed a comparative analysis of performance indicators from two hospital groups.

A sample of accessible population was studied, consisting of 57 NHS Hospitals; out of these, two groups of hospitals were created whose difference consisted on having a standardize discharge planning process. At the end, a non-probabilistic sample was obtained: out of 12 hospitals 6 had a standardized process and 6 others don't.

All data was collected from ACSS, DGS and hospital entities sites then it was processed using descriptive and inductive statistics, with computer software.

Out of the analysis came out the following result:

The existence of a standardized discharge planning process does not have a significant impact on hospital performance indicators, particularly in reducing readmission rates and length of stay.

Keywords: Hospital Discharge, Discharge Planning, Performance Indicators, Readmission, Length of Stay.

Índice

Agradecimentos.....	i
Resumo	ii
Abstract	iii
Índice.....	iv
Índice de Quadros	vi
Índice de Gráficos.....	vi
Lista de Abreviaturas e Siglas.....	vii
Introdução.....	1
1.1 Caracterização da Situação Problema	4
1.2 Questão de Investigação	6
1.3 Objetivos	6
2. Enquadramento Teórico	7
2.1. Alta Hospitalar	7
2.2. Planeamento da Alta Hospitalar	8
2.2.1. Planeamento da Alta em Portugal	15
2.2.1.1. Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados - Equipas de Gestão de Altas	17
2.2.2. Transição de Cuidados.....	20
2.2.3. Continuidade dos Cuidados.....	22
2.2.5. Comunicação e Transferência de Informação	24
2.3. Planeamento de Alta e Indicadores de Desempenho Hospitalar	26
2.3.1. Reinternamento Hospitalar	27
2.3.1.1. Fatores de Risco.....	29
2.3.1.2. Estratégias de Atuação	30
2.3.2. Demora Média Hospitalar	32
3. Decisões Metodológicas	35
3.1. Paradigma e Tipo de Estudo	35
3.2. População alvo, Amostra, Processo Utilizado para a sua Seleção	36
3.3 Variáveis	38
3.4 Recolha de dados	41

3.5 Tratamento e análise de dados	42
4. Resultados.....	44
4.1 Variáveis de Atributo	45
4.1.1. Região	45
4.1.2. Índice de Case-Mix Médico	45
4.1.3 Atividade Assistencial	46
4.1.3.1. Urgência	47
4.1.3.2 Internamento.....	48
4.1.4 Recursos Humanos	51
4.1.4.1 Total por Grupo Profissional.....	51
4.1.4.2 Capacidade por Cama	52
4.2 Variáveis de Investigação.....	53
4.2.1 Taxa de Reinternamento.....	53
4.2.2 Demora Média	54
5. Discussão	56
5.1 Discussão dos Resultados	56
5.2 Outras Limitações	61
6. Conclusão.....	63
7. Referências Bibliográficas.....	66
8. Apêndices.....	79
Apêndice I – Cronograma	
Apêndice II – População Acessível do Estudo	
Apêndice III – Carta a solicitar acesso a dados da RNCCI	
Apêndice IV – Análise de Dados: significância das diferenças	

Índice de Quadros

Quadro 1 - Amostra	38
Quadro 2- Variável Explicativa.....	38
Quadro 3 - Variáveis de Investigação	39
Quadro 4- Variáveis de Atributo.....	40
Quadro 5 - Hospitais Agrupados de acordo com PAh <i>standartizado</i>	44
Quadro 6 - ICM Médico.....	46
Quadro 7 - Atividade Assistencial - Urgência	47
Quadro 8 - Internamento - Totalidade das Especialidades.....	49
Quadro 9 - Internamento - Especialidades Médicas.....	50
Quadro 10 - Recursos Humanos: Total por Grupo Profissional.....	51
Quadro 11 - Recursos Humanos: Capacidade por Cama	52
Quadro 12 - Taxa de Reinternamento 2010.....	53
Quadro 13 - Demora Média: Total. Esp.....	54
Quadro 14 - Demora Média: Esp. Méd.	55
Quadro 15 - % dos Indicadores das Esp. Méd. na Total. Esp.	57
Quadro 16 - População Acessível do Estudo	Apêndice II

Índice de Gráficos

Gráfico 1 - Distribuição dos hospitais por região	45
Gráfico 2 - ICM Médico	46
Gráfico 3 - Esp. Méd. – Doentes Saídos 2010	50
Gráfico 4 - Esp. Méd. – Dias de Internamento 2010	51
Gráfico 5 - Esp. Méd. - Doentes Saídos/Cama 2010	51
Gráfico 6 - Recursos Humanos: Capacidade por Cama 2010.....	53
Gráfico 7 - Taxa de Reinternamento 2010	53
Gráfico 8 – Evolução Demora Média: Total. Esp.....	54
Gráfico 9 – Evolução Demora Média: Esp. Méd.....	55

Lista de Abreviaturas e Siglas

\bar{x}	Média
σ	Desvio-Padrão
ACSS	Administração Central do Sistema de Saúde
ARS	Administração Regional de Saúde
CHLN	Centro Hospitalar Lisboa Norte
CSP	Cuidados de Saúde Primários
DGS	Direção-Geral da Saúde
DM	Demora Média
EGA	Equipa de Gestão de Altas
Esp. Méd.	Especialidades Médicas
EUA	Estados Unidos da América
GDH	Grupo de Diagnóstico Homogéneo
GTRH	Grupo Técnico para a Reforma Hospitalar
HCC	Hospital Curry Cabral, EPE
HDFF	Hospital Distrital da Figueira da Foz, EPE
HDS	Hospital Distrital de Santarém, EPE
HESE	Hospital do Espírito Santo - Évora, EPE
HF	Hospital de Faro, EPE
HFZ	Hospital Dr. Francisco Zagalo - Ovar
HGO	Hospital Garcia de Orta, EPE - Almada
HLA	Hospital do Litoral Alentejano - Santiago do Cacém, EPE
HPFF	Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca - Amadora/Sintra
HRS	Hospital Reynaldo dos Santos - Vila Franca de Xira
HSMM	Hospital de Santa Maria Maior, EPE - Barcelos
IGAS	Inspeção-Geral das Atividades de Saúde
IGIF	Instituto de Gestão Informática e Financeira do Ministério da Saúde
INE	Instituto Nacional de Estatística
LVT	Lisboa e Vale do Tejo
Máx.	Máximo
Mín.	Mínimo
NTOCC	National Transitions Of Care Coalition

OCDE	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico
OPSS	Observatório Português dos Sistemas De Saúde
PAh	Planeamento da Alta Hospitalar
RNCCI	Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrado
RnH	Reinternamento Hospitalar
SNS	Serviço Nacional de Saúde
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
Total Esp.	Totalidade das Especialidades
ULSCB ..	Unidade Local de Saúde de Castelo Branco, EPE – Hospital Amato Lusitano
UMCCI	Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados

Introdução

No âmbito do VII Curso de Mestrado de Gestão da Saúde, da Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa, foi proposta a realização de um trabalho de projeto científico em Gestão da Saúde.

Deste modo houve que refletir na área da Gestão da Saúde, com a finalidade de encontrar uma área pertinente de estudo que suscitasse o interesse da autora e promovesse o desenvolvimento de competências na área de investigação.

Para a elaboração do presente trabalho de investigação, a autora escolheu como tema o Planeamento da Alta Hospitalar (PAh) e o seu impacto nos indicadores de desempenho das instituições.

O tema de estudo é um elemento de um domínio de conhecimentos que interessa ao investigador e o impulsiona a realizar uma investigação, tendo em vista ampliar os seus conhecimentos (Fortin, 2009).

O interesse por esta temática surgiu no contexto dos resultados de um estudo realizado pela Inspeção-Geral das Atividades de Saúde (IGAS) (2011) referente ao Planeamento da Alta nos hospitais do Serviço Nacional de Saúde (SNS), em que estes foram questionados quanto à existência de um processo de PAh. De acordo com os resultados, do referido estudo, dos 57 estabelecimentos hospitalares inquiridos 24 referiram não possuir orientações/normas escritas, manual ou regulamento sobre os procedimentos a seguir quando é concedida a alta clínica ao doente, ou seja não possuem um processo de PAh *standartizado*, e 21 referiram não elaborar um plano de alta, o que se traduz numa descontinuidade e numa desintegração dos cuidados prestados ao cidadão.

Segundo Jordão (2012), a falta de investimento na preparação da alta hospitalar e a falta de acompanhamento adequado do doente no domicílio, são tidos como fatores que contribuem para as elevadas Taxas de Reinternamento hospitalar (RnH).

Mckenna *et al.* (2000) mencionam a necessidade da *standartização* deste processo. Muitos doentes após a alta hospitalar não têm necessidade de apoio aquando o regresso à comunidade, no entanto, uma grande percentagem destes necessitam de ter assegurada uma continuidade de cuidados de modo a que os seus níveis de saúde se mantenham, que só é possível se existir um adequado e atempado PAh.

Os estabelecimentos de saúde devem colocar em prática medidas como a redução dos tempos de internamento inapropriados, tendo em vista a obtenção de um nível elevado de utilização de recursos e devem assegurar a coordenação com os centros de saúde situados na área de influência dos hospitais, nomeadamente através do acompanhamento dos doentes que necessitem de cuidado após a alta, designadamente serviços domiciliários (IGAS, 2005).

De forma a tornar o trabalho metódico, a autora seguiu as 4 fases do processo de investigação descritas por Fortin (2009), são elas: a Fase Conceptual, a Fase Metodológica, a Fase Empírica e a Fase de Interpretação e de Difusão.

A **Fase Conceptual** consiste na documentação do tema em estudo. Nesta fase a autora escolheu o tema e o problema de investigação, realizou uma revisão pertinente da literatura existente sobre a temática, elaborou um quadro de referência e enunciou a questão de investigação e os objetivos.

A **Fase Metodológica** consiste na planificação da investigação e é onde são definidas as estratégias para a realização empírica do estudo de investigação. Nesta fase a autora escolheu o desenho de investigação e a população. Elaborou os princípios de medida e os métodos de recolha e análise dos dados.

Optou-se por realizar um estudo de **paradigma quantitativo** e do **tipo retrospectivo** e efetuou-se uma análise comparativa.

De acordo com Fortin (2009), a **Fase Empírica** corresponde à recolha dos dados no terreno, à sua organização e análise estatística.

A maioria dos dados foram recolhidos através dos sítios da Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) e da Direção-Geral da Saúde. O tratamento de dados realizou-se manual e informaticamente, utilizando o programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) e Microsoft Office Excel.

Por último há a **Fase de Interpretação e de Difusão**, em que se distinguem duas partes: a apresentação, a análise e a interpretação dos resultados, e a difusão dos mesmos. A interpretação faz ressaltar a importância dos resultados em relação ao enquadramento teórico. Na segunda etapa o investigador realiza a comunicação dos resultados. Para os difundir, o investigador elabora um relatório de investigação que toma a forma de uma publicação, de uma apresentação oral ou em cartaz, concebidos para diversos públicos. Informa assim, outras pessoas dos resultados da sua investigação e mostra como estes fazem progredir os conhecimentos (Fortin, 2009).

Pretende-se que os resultados obtidos, através da realização deste trabalho, se traduzam numa base científica que sirva para guiar a prática da Gestão da Saúde.

Este trabalho está estruturado em 8 capítulos, de forma a facilitar a sua exposição. O primeiro capítulo consiste na introdução e é exposta a situação problema onde se pretende o seu enquadramento, bem como enunciar os objetivos de investigação dele decorrente. No segundo capítulo encontra-se a revisão da literatura existente sobre a temática, que visa situar o problema em estudo e conferir um suporte teórico que o sustente. No terceiro capítulo, são abordadas as decisões metodológicas utilizadas para a obtenção de dados, referenciando o paradigma e tipo de estudo, bem como a sua descrição e justificação, a população, e o processo utilizado para a sua seleção, as variáveis em estudo, o tratamento e a análise dos dados. Posteriormente, no quarto capítulo, são apresentados os resultados obtidos, seguido do capítulo quinta onde é realizada a discussão do trabalho, ou seja são apresentados os resultados, a sua interpretação e difusão, são ainda apresentadas as limitações que este trabalho trouxe. Segue-se a conclusão do presente trabalho de investigação, no sexto capítulo, e as sugestões para posteriores investigações. Por fim, o capítulo sétimo correspondente às referências bibliográficas, utilizadas durante o estudo, seguido dos Apêndices, que correspondem ao capítulo oitavo. Com vista a uma melhor orientação, organização e cumprimento de prazos, a autora seguiu um cronograma (Apêndice I), com as datas de execução das diversas etapas do trabalho de investigação, onde os intervalos de tempo estão divididos por semanas. Também estão incluídos neste trabalho, como apêndices, a População Acessível do presente Estudo (Apêndice II); a Carta a solicitar o acesso aos dados da RNCCI (Apêndice III); e o Apêndice IV consiste na apresentação de parte da análise de dados efetuada.

Serviu de orientação ao presente trabalho o guião com a Estrutura de uma tese de dissertação de mestrado, utilizado pela Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa. Relativamente à bibliografia do presente trabalho, foi utilizada a Norma Portuguesa – NP 405-1* para elaboração de referências bibliográficas de documentos impressos e a NP 405-4** para elaboração de referências bibliográficas de documentos eletrónicos. O texto respeita o novo Acordo Ortográfico.

1.1 Caracterização da Situação Problema

O sistema de saúde é constantemente desafiado com dois problemas, a pressão para aumentar a qualidade e a necessidade de contenção de custos (Jha; Orav; Epstein, 2009).

A contenção de custos no sistema de saúde é um tópico de grande importância, nomeadamente em hospitais de agudos, onde são prestados cuidados de nível secundário, com um nível sofisticado de tecnologia, internamento e condições hoteleiras, e resposta cirúrgica (Parker, 2005).

Diversos estudos referem que medidas como redução da Demora Média (DM), mobilidade de doentes para cuidados continuados e políticas de planeamento de altas contribuem para melhores resultados de saúde (Shepperd *et al.*, 2008) e podem ainda contribuir para questões de acesso, eficiência nos cuidados prestados e melhorar a qualidade dos cuidados prestados (Jha; Orav; Epstein, 2009).

Os hospitais são pressionados a responder ao aumento da procura de cuidados e simultaneamente a gerir com eficiência o uso de camas hospitalares, através dos tempos de internamento e da gestão de RnH não programados (Scott, 2010).

Com o intuito de uma redução da DM, as altas antecipadas e não planeadas podem ser utilizadas como estratégias, mas podem contribuir para o aumento do número de RnH não programados.

A fragmentação dos cuidados entre os diferentes níveis conduziu a uma necessidade de coordenação e de integração de cuidados. Perante a alta hospitalar é necessário uma adequada gestão da transição do doente para que não se manifestem desequilíbrios do seu estado de saúde, com a consequência de RnH.

A investigação tem por ponto de partida uma situação considerada problemática que causa inquietação exigindo uma melhor compreensão do fenómeno. Um problema de investigação é uma situação que necessita de um esclarecimento ou de uma modificação (Fortin, 2009).

Tendo em conta que existe uma percentagem de hospitais do Serviço Nacional de Saúde (SNS) que não tem o processo PAh *standartizado*, tal como já foi mencionado anteriormente, o **problema de investigação** consiste no impacto que o Planeamento das Altas tem nos Indicadores de Desempenho Hospitalar.

Hager (2010) refere que 19,6% dos doentes que tiveram alta hospitalar são readmitidos após 30 dias e 34% após 90 dias da alta. Os RnH são um indicador da

qualidade e de eficiência da prestação de cuidados de saúde. Em Portugal, segundo o Ministério da Saúde (2006), tendo em conta os indicadores de desempenho do SNS 2004-2006, aproximadamente 11,4% das altas hospitalares resultaram em RnH, para um período entre a alta e o RnH menor ou igual a 30 dias.

Importa diferenciar os RnH não programados dos programados, na medida em que existem especialidades, nomeadamente a da Oncologia, em que um RnH não é considerado um evento adverso, mas pode ocorrer numa perspetiva de continuidade de tratamento ou de ação preventiva. Posteriormente é realizado um enquadramento desta diferenciação.

De acordo com um estudo realizado pela Organização Mundial de Saúde, citado por Parker (2005), tendo em conta a análise de vários artigos elaborados nos Estados Unidos da América (EUA) e na Europa, o planeamento das altas efetuado a nível hospitalar reduz em, aproximadamente, 20% as taxas de RnH.

A não existência de um PAh *standartizado* contribui para que os doentes não estejam preparados para a alta, não compreendam o seu plano terapêutico nem o motivo por que estiveram internados (Jack *et al.* 2009).

É necessário ter em conta que a referenciação de retorno para o médico de família, processada após o internamento muitas vezes não chega convenientemente ao destinatário o que dificulta um acompanhamento atempado e adequado por parte do médico de família.

Tendo em conta que em 2009 ocorreram 112 altas hospitalares por cada 1000 habitantes (Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE), 2011), estas limitações no processo de transição dos cuidados podem contribuir para uma população mais doente, uma utilização inadequada dos hospitais e consequentemente um aumento dos custos.

A pertinência do estudo está relacionada com o facto de a redução do número de RnH ser um dos objetivos nacionais de qualidade e eficiência, mencionados no Contrato-Programa 2012 (Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS), 2012).

Em doentes crónicos os RnH podem ser bastante dispendiosos. A implementação de uma medida que poderá aumentar e facilitar o acesso aos Cuidados de Saúde Primários (CSP), após a alta hospitalar, reduzindo assim os RnH não programados e aumentando a satisfação dos doentes pode ser uma estratégia vantajosa a adotar, uma vez que mesmo uma pequena redução da DM hospitalar ou dos RnH poderá ter um impacto em termos de custos hospitalares.

1.2 Questão de Investigação

Um problema facilmente desperta questões e segundo Fortin (2009) o modo como se coloca um problema varia segundo o tipo de questão.

A **Questão de Investigação** a que a autora se propôs responder é:

- Qual o impacto do Planeamento das Altas nos indicadores de desempenho dos hospitais do SNS?

As **Hipóteses** que surgem da questão de investigação são:

- Hipótese 1: Os hospitais com um processo de Planeamento da Alta *standartizado* têm uma Taxa de Reinternamento menor.
- Hipótese 2: Os hospitais com um processo de Planeamento de Alta *standartizado* têm uma Demora Média menor.

1.3 Objetivos

O **Objetivo Geral** do presente estudo é conhecer o impacto do planeamento da alta *standartizado* nos indicadores de desempenho dos hospitais do SNS.

Os **Objetivos Específicos** são:

- Identificar os hospitais do SNS que têm um processo de planeamento de alta *standartizado*;
- Comparar as características gerais de hospitais com um procedimento *standartizado* para o Planeamento da Alta com hospitais que não têm este procedimento.
- Comparar a Taxa de Reinternamento de hospitais com um procedimento *standartizado* para o Planeamento da Alta com hospitais que não têm este procedimento;
- Comparar a Demora Média de hospitais com um procedimento *standartizado* para o Planeamento da Alta com hospitais que não têm este procedimento.

2. Enquadramento Teórico

A revisão da literatura consiste numa revisão crítica dos textos bibliográficos mais importantes publicados a respeito de um determinado tema (Carroll-Johnson, 1992, citado por Wood e Haber, 2001). De acordo com Bell (1997) qualquer investigação implica a leitura do que já foi escrito sobre a área de interesse do investigador e também, a recolha de informações que fundamentem ou refutem os seus argumentos e conclusões.

Para (Wood; Haber, 2001), o principal objetivo de uma revisão da literatura é criar uma base sólida de conhecimento para a realização de um estudo, determinar o que é e o que não é conhecido sobre um determinado assunto e descobrir perguntas não respondidas sobre um tema.

2.1. Alta Hospitalar

Numa entidade hospitalar podem ocorrer dois tipos de alta, a do ambulatório e a do internamento, sendo que ao longo do trabalho quando se refere a alta hospitalar está a ser mencionada a alta do internamento.

A alta hospitalar é definida como a saída dos doentes que estiveram pelo menos uma noite no hospital, onde estão incluídos os óbitos ocorridos durante este período. A taxa de alta hospitalar representa o número de doentes que saíram do hospital após receberem cuidados de saúde e é considerada um importante indicador da atividade hospitalar (OCDE, 2012).

Segundo a DGS, a alta hospitalar consiste no *“fim da permanência do doente num estabelecimento de saúde com internamento, resultante de uma das seguintes situações: saída com parecer médico favorável, óbito e saída contra parecer médico”*. Na saída com parecer médico favorável está incluída a saída para o domicílio, ambulatório do estabelecimento de saúde ou transferência para outra instituição (Instituto Nacional de Estatística (INE), 2005).

A alta hospitalar é um processo e não um evento isolado. Deve envolver o desenvolvimento e a implementação de um plano para facilitar a transferência do doente do hospital para um local apropriado. Enquanto a maioria das pessoas recebe tratamento hospitalar e posteriormente retorna à sua vida habitual, uma percentagem de pessoas necessita de cuidados adicionais (Health & Social Care Joint Unit and Change Agents Team, 2003).

Para que a alta hospitalar seja considerada adequada é necessário que tanto a alta médica, como de enfermagem e social sejam coincidentes (Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados (UMCCI), Data Desconhecida).

Uma adequada gestão da alta hospitalar é essencial para a satisfação do doente, a qualidade dos cuidados e para a disponibilidade de camas, para internamentos eletivos ou situações de emergência (The Health Boards Executive, 2003).

2.2. Planeamento da Alta Hospitalar

O PAh consiste, tal como o nome indica, na criação de um plano de alta individual para o doente, antes da saída deste do hospital, com a finalidade da promoção da continuidade dos cuidados, de contenção de custos hospitalares e de contribuição para os resultados de saúde do indivíduo, permitindo assim uma integração entre os diferentes níveis de cuidados (Shepperd *et al.*, 2008).

Parker (2005) define o PAh como combinações realizadas entre a equipa de profissionais de saúde e o doente para a transferência dos doentes do internamento hospitalar para a comunidade.

O PAh consiste na delineação de um plano de cuidados pós-alta, por parte do doente e família, a equipa base de CSP e a equipa hospitalar multidisciplinar. Este planeamento tem em conta as necessidades no pós-alta, físicas e psicossociais do doente, e também do prestador, como previsão de equipamento, serviços de apoio e compromissos com o doente pós-alta. Estas necessidades devem ser avaliadas durante o internamento, o mais atempadamente possível (DGS, 2004).

A DGS (2004) define ainda o PAh como um processo complexo que exige uma efetiva comunicação entre os membros da equipa, o doente e a sua família, e em que se deve considerar as necessidades de equipamentos materiais e sociais, tal como a ligação com quem na comunidade providencia os cuidados e serviços necessários.

O PAh é considerado por Gomes (2002) citado por Marques (2005) como o conjunto de atividades que envolvem tanto os doentes como os prestadores de cuidados de saúde num trabalho de equipa, de forma a facilitar assim a transferência de cuidados de uma instituição para outra, ou para o domicílio.

Segundo a UMCCI (data desconhecida), o PAh pretende garantir a continuidade dos cuidados e a utilização eficiente dos recursos tanto hospitalares como da comunidade.

Os mesmos autores referem que o processo de PAh deve ser aplicado a todos os doentes que irão necessitar de cuidados médicos, como sociais, imediatamente após o internamento hospitalar, para tratamento de uma situação aguda. Neste grupo de doentes estão incluídos os que apresentam algum grau de dependência e em que é necessário assegurar condições de segurança no regresso ao domicílio.

O PAh faz parte de um processo contínuo e deve ser efetuado o mais precocemente possível, mesmo antes da admissão, no caso das admissões programadas (Health & Social Care Joint Unit and Change Agents Team, 2003). Deverá aplicar-se a todos os doentes que irão necessitar de cuidados continuados no domicílio, no contexto da doença subjacente ou da sua envolvente social, imediatamente após um internamento hospitalar (UMCCI, Data Desconhecida).

Para a DGS (2004) as necessidades físicas e psicossociais do doente e do cuidador após a alta hospitalar devem ser avaliadas o mais precocemente possível. O doente, o cuidador e os profissionais devem delinear em conjunto um plano de cuidados a cumprir e fazer uma previsão dos equipamentos, serviços de apoio e compromissos que serão necessários. Deve ainda ser referenciada uma pessoa de contacto (no hospital ou na comunidade) para o fornecimento de respostas a questões relacionadas com o pós-alta hospitalar.

As organizações de saúde devem criar políticas e procedimentos internos para o PAh e definir dimensões deste, tais como o seu conteúdo, o entendimento por parte dos doentes e a transferência da informação (Halasyamani *et al.*, 2006).

A alta hospitalar envolve um planeamento de modo a facilitar a transferência do doente para outro nível de cuidados e este deve ser um processo *standartizado* e monitorizado com frequência. Segundo o The Health Boards Executive (2003), todos os hospitais deveriam ter políticas operacionais para o PAh, sendo que os profissionais de saúde devem estar envolvidos no desenvolvimento destas políticas e estas devem ser monitorizadas e revistas regularmente. A *standartização* da gestão das altas hospitalares tem impacto na eficiência e qualidade hospitalar e na segurança do doente.

Os objetivos de um PAh são a redução dos tempos de internamento hospitalar e RnH não planeados e ainda contribuir para a coordenação dos apoios pós-alta, de modo a colmatar o *gap* existente entre estes e o hospital (Shepperd *et al.*, 2008).

Um PAh efetivo apresenta como benefícios para o doente: o facto de as suas necessidades serem conhecidas; potenciar a sua independência; contribuir para o sentimento de pertença e utilidade perante o processo de cuidados; não ocorrência de *gaps* ou duplicação de esforços; compreender e pertencer ao plano de cuidados; a crença que estão acompanhados e são suportados. Relativamente à organização permite que os recursos sejam utilizados com a maior utilidade e é um serviço valorizado pela comunidade e logo a satisfação dos doentes é maior (Health & Social Care Joint Unit and Change Agents Team, 2003).

A importância atribuída ao PAh varia entre países. Nos EUA o PAh é obrigatório para os programas de *Medicare* e *Medicaid* e no Reino Unido existe um guia de práticas para o PAh para a saúde e situação social.

De acordo com um estudo realizado por Holland e Hermann (2011), a *standartização* do processo de PAh e a formação das equipas de saúde relativamente a este tema são importantes fatores a considerar nas mudanças de práticas da instituição.

Jha, Orav e Epstein (2009) sugerem que os enfermeiros são um recurso que contribui para um PAh efetivo e que podem reduzir os RnH.

Num estudo realizado por Wong *et al.* (2011) em que se procurou compreender as perspetivas dos diferentes profissionais e gestores de saúde relativamente ao PAh e às suas barreiras, verificou-se que a opinião foi geral quanto à necessidade de se estabelecer um protocolo *standartizado* de PA, de modo a facilitar todo o processo e a torná-lo efetivo. Os participantes sugerem um programa de PAh *standartizado*, com *guidelines* e protocolos definidos, que englobe todos os doentes com risco de RnH, e que permita a identificação e o acompanhamento destes doentes e, ainda, a implementação de uma *checklist* com os procedimentos a realizar.

De acordo com Marks (1994), citado por Shepperd *et al.* (2008), o processo de PAh está dividido em 5 fases: acolhimento prévio à admissão; levantamento de dados na admissão; preparação da alta baseada no indivíduo e nas suas necessidades; implementação do plano de alta; e por último, monitorização do mesmo.

Segundo o Victorian Government Health Information (2008), o PAh é o termo mais comum para se referir ao processo em que o planeamento é uma atividade e que deve ser iniciada previamente à admissão do doente, no caso de internamentos planeados, ou no momento da admissão, quando não são programados. Este processo é composto por 4 fases e permite que sejam organizadas as atividades a realizar de modo a dar resposta às necessidades dos doentes e família:

- **Conhecimento das necessidades do doente:** onde estão incluídas as necessidades biopsicossociais e culturais, tal como o ambiente domiciliário do doente. Procura-se compreender, os recursos que estão disponíveis à família e as suas preferências, ou seja, se a família tem recursos suficientes para prestar os cuidados necessários à recuperação do doente; as necessidades culturais, linguísticas e religiosas; o ambiente familiar que possa impedir a recuperação; a capacidade do doente de desempenhar as atividades diárias de vida; e os serviços comunitários já utilizados antes do internamento e que serão igualmente necessários no pós-alta.

- **Desenvolvimento do plano de cuidados:** onde são documentadas as estratégias utilizadas como parte do planeamento e identificados os problemas atuais e potenciais. Os doentes devem estar incluídos no processo de planeamento dos cuidados, tal como a comunidade, de modo a garantir a sua capacidade de resposta.

- **Implementação do plano de cuidados:** em que há uma coordenação com o doente e a família, e ainda os serviços necessários para assegurar a continuidade dos cuidados ao doente e para o fornecimento de apoio à família. O plano de cuidados pode ser implementado logo após a elaboração do mesmo e conter atividades como, fornecimento da informação e educação necessárias ao doente e família (relativamente ao fornecimento de contactos para dúvidas, esclarecimento sobre a medicação, serviços de apoio na comunidade, possíveis complicações e sinais e sintomas, entre outras); estabelecer contacto com os CSP de modo a que haja um adequado acompanhamento do doente; criar e entregar ao doente um resumo do seu internamento; confirmar que o doente compreendeu a informação fornecida; garantir o transporte do doente para o domicílio; e contactar os familiares para confirmação da alta do doente.

- **Follow-up pós-alta e avaliação da efetividade das estratégias:** o *follow-up* pós-alta é efetuado com o objetivo de avaliar o impacto do planeamento das intervenções na recuperação do doente; identificar novas e possíveis necessidades; e também compreender a efetividade e a eficiência do processo de alta.

Num estudo realizado sobre as perceções dos doentes e dos profissionais hospitalares, relativas ao PAh, verificaram-se os seguintes resultados: falta de comunicação e consulta por parte dos profissionais, nomeadamente no que se refere à medicação; informação da alta hospitalar em tempo inadequado; inadequado conhecimento das condições domiciliárias dos doentes; e inadequada coordenação com os CSP e outros serviços sociais. Os profissionais dos CSP referiram um sentimento de frustração por não receberem a informação necessária ao acompanhamento dos doentes (Scott, 2010).

Mckenna *et al.* (2000) identificaram os mesmos problemas mencionados anteriormente: falta de comunicação entre o hospital e a comunidade, ocorrida especialmente entre profissionais de saúde, o que proporciona uma inadequada coordenação dos cuidados; inadequada notícia da alta hospitalar; e falta de atenção para as necessidades dos doentes antes da saída do hospital. Waters (1987), citado por Mckenna *et al.* (2000), verificou que a documentação da alta era um grande problema.

Scott (2010) definiu um conjunto de intervenções indispensáveis para o PAh, nomeadamente: considerar estas intervenções como fazendo parte da transição dos cuidados; o PAh ser coordenado por um profissional que toma a responsabilidade por um doente e tem em conta todos os seus riscos e necessidades; o coordenador do PAh tem de ter acesso a informações e a outros especialistas; o foco do PAh estar na educação dos doentes, fornecendo assim apoio para o período pós-alta; e por último, a existência de um sistema de informação que permita transferir a informação relevante para os cuidados de saúde secundários e todos os intervenientes no período pós-alta.

Os componentes para um PAh efetivo e de sucesso são: identificação precoce de um doente como sendo um doente de risco, realização do processo de uma forma sistemática, trabalho em equipa multidisciplinar e uma adequada comunicação (Holland; Hermann, 2011).

Outros aspetos a ter em conta para a efetividade do PAh são a capacidade de planeamento, avaliação de resultados das medidas aplicadas e políticas e protocolos a utilizar no momento da alta hospitalar (Wong *et al.*, 2011).

De acordo com Parker (2005), a educação no PAh é realizada com o intuito de melhorar a habilidade do doente na gestão da sua saúde após a alta hospitalar, por

exemplo no uso da medicação. O mesmo autor refere que de acordo com o seu estudo a educação é o principal método para melhorar este processo.

Greenwald e Jack (2009) acrescentam alguns princípios do PAh, ainda não mencionados, como a educação do doente ser efetuada ao longo do internamento e não apenas no momento da alta; a oferta aos pacientes de toda a informação necessária com linguagem acessível; o fornecimento de um plano de alta escrito com informação acessível relativa aos medicamentos e sua posologia, dieta e estilo de vida adequados, instruções sobre procedimentos e consultas de saúde posteriores à alta; informação sobre o seu internamento, sinais e sintomas de risco; entre outros.

A *standartização* de elementos relacionados com o planeamento da alta pode contribuir para a qualidade e transição dos doentes. Halasyamani *et al.* (2006) criaram uma lista com um conjunto de elementos que consideraram essenciais ter em conta no planeamento da alta de doentes idosos, tendo em conta a bibliografia existente. De entre os diversos elementos mencionados pelos autores são de destacar a terapêutica, consultas de *follow-up*, resultados pendentes de exames complementares de diagnóstico e a educação e entendimento dos doentes. Relativamente ao elemento terapêutica foi referida a importância da utilização de uma lista da terapêutica, de se efetuar referência à terapêutica de risco e da necessidade de acompanhamento e também da tomada de conhecimento do entendimento dos doentes relativamente a esta matéria, após se efetuar o ensino. Quanto às consultas de *follow-up* é referida a importância de estas serem realizadas num período máximo de duas semanas após a alta em doentes em situações de fragilidade e que consumam terapêuticas de risco.

Foi considerado crítico a chegada prévia à consulta de *follow-up*, com o médico de família, da informação do doente relativa ao internamento, tal como os resultados de quaisquer exames complementares de diagnóstico que tenha realizado durante este (Halasyamani *et al.*, 2006).

O entendimento dos doentes do planeamento de alta é crítico e como tal, em relação à lista de terapêutica foi referida a necessidade de esta ser elaborada de modo a ser acessível para o nível de escolaridade básica (Halasyamani *et al.*, 2006).

Jack *et al.* (2009) concluiu, num estudo realizado com o intuito de reestruturar o PAh através da *standartização* do seu processo e assim minimizar a utilização do hospital após a alta, que houve uma melhoria da compreensão do doente relativamente ao seu papel no período pós-alta e das consultas de *follow-up* pós-alta (62% dos doentes no grupo de intervenção foram observados pelo médico de família

num período de 30 dias após alta, comparando com 44% dos doentes do grupo de controlo).

Para Greenwald, Denham e Jack (2007), qualquer tentativa de melhorar o processo de PAh com o objetivo de redução de ocorrências de adversidades no período pós-alta e readmissões, terá efeitos profundos no financiamento do sistema de saúde.

Neves (2001) citado por Marques (2005) refere que o PAh e o uso dos recursos da comunidade decresce os custos a nível do sistema de saúde, através da redução do tempo de internamento e da prevenção de RnH devido a complicações no período pós-alta.

Outro aspeto importante a ter em conta durante o PAh é a situação social dos doentes. Atualmente nos países desenvolvidos está a decorrer uma transição demográfica, que se traduz num aumento da população idosa, com repercussões na área da saúde uma vez que esta população está mais sujeita à doença, dependência física, social e financeira. Durante um internamento hospitalar existe o risco de algumas destas vertentes serem afetadas e de no momento da alta não se encontrarem resolvidas. Como tal, um adequado PAh é essencial na transferência de idosos entre o hospital e a comunidade (Parker, 2005).

Em Portugal, no período de 2005 e 2010 a percentagem da população idosa aumentou de 17,1% para 18,2%, registando-se em 2010, 1.916.305 idosos residentes, consequência do aumento da esperança média de vida. É de se realçar que no mesmo período temporal, o índice de dependência da população idosa aumentou de 25,4 para 27,2 (INE, 2012).

Tendo em conta o Census de 2011, 60% da população idosa vive só ou em companhia exclusiva de pessoas também idosas, sendo esta uma percentagem que aumentou 28% ao longo da última década (INE, 2012).

A grande maioria das altas hospitalares em Portugal é de pessoas com mais de 65 anos de idade, que têm um consumo de cuidados de saúde superiores aos da população em geral, e que requerem uma continuidade dos cuidados, de modo a garantir a satisfação das suas atividades básicas de vida, apoio na reabilitação e reinserção social (Escoval *et al.*, 2010).

Halasyamani *et al.* (2006) referem que os idosos são o grupo mais vulnerável à ocorrência de eventos adversos após a alta hospitalar.

A alta hospitalar é sempre um momento de grande ansiedade tanto para os doentes, especialmente os idosos, como para os seus cuidadores. De acordo com estudos sobre a perceção dos doentes idosos relativa à alta hospitalar foi referido que a comunicação por parte dos profissionais é pobre, tal como a consulta para conhecimento das necessidades dos doentes no domicílio e das suas condições (Parker *et al.*, 2002).

Weinberger, Oddone e Henderson (1996) identificaram um aumento da satisfação dos doentes aquando a implementação de um PAh.

De acordo com Parker (2005), o PAh é a chave para a adequada, segura e efetiva transferência de idosos de um internamento hospitalar para a comunidade.

2.2.1. Planeamento da Alta em Portugal

Na Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes (DGS, Data Desconhecida), o doente tem ainda direito a que o hospital, em conjunto com o centro de saúde assegure, a continuidade dos cuidados, antes da alta hospitalar. Para tal, é necessário ter em conta a situação social e financeira do doente e cuidador, bem como estabelecer uma articulação entre os diversos apoios que o doente necessitará no período pós-alta para a sua reintegração social

Aos doentes para os quais já não haja razão médica para continuarem internados num determinado estabelecimento de saúde, têm direito às informações essenciais sobre os cuidados que o doente deve continuar a receber no domicílio e que “*Quando necessários deverão ser postos à sua disposição cuidados domiciliários ou comunitários*” (DGS, Data Desconhecida).

Tendo em conta o supracitado, a avaliação da situação social e financeira do doente e família, tal como a articulação com os outros serviços de saúde, Segurança Social, Instituições Privadas de Solidariedade Social, entre outros, deverão ser realizadas antes da alta.

Para a IGAS (2005), os referidos normativos preconizam, que a preparação cuidadosa da alta, deve iniciar-se o mais cedo possível, e tendo em conta a situação socioeconómica dos doentes (nomeadamente habitacional e familiar) deverão ser tomadas medidas, em consonância, incluindo o encaminhamento social e administrativo para a sua reintegração social.

Os doentes e cuidadores têm o direito de ser informados do seu estado de saúde, das razões da transferência de um nível de cuidados para outro e a ser

esclarecidos de que a continuidade e a qualidade dos cuidados ficam asseguradas. Devem ainda, ser proporcionados os conhecimentos e informações essenciais aos cuidadores no domicílio, *“de preferência acompanhados de um documento escrito que o doente poderá consultar em sua casa”* (DGS, Data Desconhecida).

A importância do PAh foi reforçada pela DGS (2004), quando referiu que *“um bom planeamento das altas hospitalares é fundamental não somente para reduzir o tempo de internamento e o número de readmissões, mas também para assegurar o sucesso da reintegração dos doentes e suas famílias na comunidade”*.

Em 2011 foi realizado pela IGAS um estudo relativo ao Planeamento das Altas Clínicas nos estabelecimentos hospitalares do SNS. Neste estudo foram inquiridos 57 estabelecimentos hospitalares, 17 da Administração Regional de Saúde (ARS) do Norte, 18 da ARS Centro, 16 da ARS Lisboa e Vale do Tejo (LVT), quatro da ARS Alentejo e dois da ARS Algarve. A cada um das entidades foi realizado um conjunto de questões relacionadas com o tema e obtiveram-se os seguintes resultados:

- no que respeita à elaboração do plano de alta, 36 entidades responderam afirmativamente e uma boa parte, 21, respondeu negativamente;

- quanto à questão *“o hospital possui orientações/normas escritas, manual ou regulamento sobre os procedimentos quando é concedida a alta clínica”*, 33 entidades responderam afirmativamente e 24 negativamente;

- relativamente à questão sobre *“qual o momento em que é programada a alta hospitalar”*, verificou-se que apenas 17 entidades referiram que esta era programada no dia do internamento, o que é recomendado tanto do ponto de vista do planeamento das necessidades e recursos a mobilizar, como para uma gestão e controlo permanente dos serviços. No entanto, verificou-se que em 27 entidades a alta é programada entre as 24 e as 48 horas após o internamento e em 25 entidades a programação é superior a 48 horas;

- à questão *“a alta clínica é planeada conjuntamente com a família ou seu representante”* – a totalidade das 57 entidades respondeu afirmativamente;

- na questão *“quando o doente tem alta é explicada a situação clínica e os cuidados a ter no domicílio”*, foi especificado que o meio preferido foi o verbal 56, seguida da forma escrita por 52 entidades.

Tendo em conta os resultados obtidos a IGAS (2011) recomenda um conjunto de procedimentos, nomeadamente: a elaboração de um plano de alta, por este ser

uma ferramenta que permite traçar o percurso do doente, do momento da admissão até à alta hospitalar, e prever a duração do internamento do doente; a elaboração de procedimentos escritos inerentes à alta clínica, onde estão incluídos a definição do modo de atuação e níveis de responsabilidade, de modo a garantir que a alta se efetue de forma estruturada e normalizada, assegurando assim a continuidade dos cuidados; e que as entidades programem a alta no dia do internamento, tendo em visto o planeamento das necessidades e recursos a mobilizar, mas também numa perspetiva de uma gestão e controlo permanente de serviços.

2.2.1.1. Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados - Equipas de Gestão de Altas

A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) foi criada através do Decreto-Lei n.º101/2006, de 6 de junho, para garantir a articulação dos CSP com outros prestadores de cuidados, nomeadamente os Cuidados Continuados Integrados. O seu objetivo geral é a *“prestação de cuidados continuados integrados a pessoas que, independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência”*. Esta rede tem por base os princípios da integração dos cuidados de saúde e de apoio social, para a obtenção de ganhos em saúde e promoção da eficiência, e ainda tem como objetivos a redução da DM e RnH não programados (Escoval *et al.*, 2010).

A RNCCI instituiu nos estabelecimentos de saúde as Equipas de Gestão de Altas (EGA), através do Decreto de Lei supracitado, que são consideradas o ponto de referência na articulação dos recursos intra e extra hospitalares.

Posteriormente à criação, a constituição e funcionamento das EGA foi regulamentada através do Despacho n.º 7968/2011, e foi estabelecido que *“em cada hospital do SNS, tem de existir uma EGA”* (D.R. II Série, n.º107, de 2 de junho). Uma EGA deve ser constituída por, no mínimo, 3 elementos, nomeadamente Médico, Enfermeiro e Assistente Social. Esta é definida como uma *“equipa hospitalar multidisciplinar para a preparação e gestão das altas hospitalares, (...) para os doentes que requerem seguimento dos seus problemas de saúde e sociais quer no domicílio quer em articulação com as unidades de convalescença e as unidades de média duração e reabilitação existentes na área de influência hospitalar”* (Centro Hospitalar Lisboa Norte (CHLN), 2012).

De acordo com a UMCCI (Data Desconhecida), as EGA dos hospitais devem “*planear a alta dos doentes em colaboração com os serviços de internamento e identificar e avaliar as necessidades dos doentes*”, de modo a garantir a continuidade dos cuidados e a utilização eficiente dos recursos hospitalares e da comunidade.

São competências das EGA assegurar a articulação com as equipas hospitalares para a programação de altas hospitalares; as equipas coordenadoras distritais e locais da Rede; e as equipas prestadoras de cuidados continuados integrados dos Centros de Saúde (CHLN, 2012).

Para além do mencionado anteriormente, as EGA devem facilitar a identificação e avaliação precoce dos doentes que requerem cuidados continuados integrados; perante estes doentes, apresentar uma proposta à Equipa Coordenadora Local para a admissão do doente na RNCCI, recomendando opções, tendo em conta as suas necessidades; garantir o acompanhamento do doente e da família durante o processo de PAh (UMCCI, Data Desconhecida).

O processo de PAh deve ser aplicado a todos os doentes que irão necessitar de cuidados, médicos como sociais, imediatamente após o internamento hospitalar, para tratamento de uma situação aguda, onde estão incluídos os doentes com algum grau de dependência e em que é necessário assegurar condições de segurança no regresso ao domicílio (UMCCI, Data Desconhecida).

Segundo o Tribunal de Contas (2009), dos doentes saídos dos hospitais da região centro apenas 1,17% foram referenciados pelas EGA para a RNCCI, no triénio entre 2006-2008.

Estes doentes devem ser sinalizados às EGA preferencialmente entre as primeiras 24 e as 48 horas após o internamento, para que se possa proceder a um planeamento articulado da alta (UMCCI, Data Desconhecida).

A UMCCI (2011) refere que o intervalo de tempo entre a data de internamento hospitalar e de sinalização deveria ser de 48 horas, mas o tempo mais baixo apresentado em Portugal é de 6,07 dias, na região do Algarve, sendo as regiões do Centro e LVT que apresentam tempos mais elevados, 12,36 e 14,44, respetivamente.

De acordo com o Observatório Português dos Sistemas De Saúde (OPSS) (2012), os valores acima referidos podem ser sinalizadores de questões ao nível do funcionamento da Rede, que se traduzem em constrangimentos a ultrapassar ao nível dos processos.

Tal facto também pode traduzir uma relação entre o número de camas contratadas por região e os tempos de sinalização, uma vez que, por exemplo, em 2011, por 100.000 habitantes com idade superior ou igual a 65 anos, o número de camas contratadas para a região do Algarve e de LVT foram, respetivamente, 109 e 28 em Unidades de Convalescença; 141 e 64 em Unidades de Média Duração e Reabilitação; 298 e 95 em Unidades de Longa Duração e Manutenção; e 14 e 13 em Unidades de Cuidados Paliativos UMCCI (2011).

No estudo realizado pela IGAS (2011), referido anteriormente, foram formuladas um conjunto de questões às entidades hospitalares relativas às EGA, para conhecer o seu modo de funcionamento, como, entre outros aspetos, a existência de orientações ou normas escritas de procedimentos relativas à alta clínica, e obtiveram-se os seguintes resultados:

- à questão *“encontra-se constituída a EGA”*, 52 das entidades responderam afirmativamente (91,23%) e apenas 3 responderam que não a tinham, nomeadamente o Hospital de Magalhães Lemos, o Centro Hospitalar Psiquiátrico de Coimbra, tendo sido justificado por este que a maioria dos casos de psiquiatria não podem ser referenciados para a RNCCI, mas sim para a RNCCI de saúde mental, e o Instituto de Oftalmologia Dr. Gama Pinto, pela natureza das intervenções que são ali realizadas;

- as 53 entidades que referiram ter uma EGA têm os elementos protocolizados, nomeadamente um médico, um enfermeiro e um assistente social;

- no que diz respeito à questão *“a EGA elaborou orientações ou normas escritas e procedimentos relativos à alta clínica de doentes que necessitem de cuidados especiais ou em situação de dependência”*, 28 entidades responderam sim e 24 não;

- quando questionados se *“os doentes que necessitem de cuidados continuados integrados, imediatamente após o internamento hospitalar, são sinalizados à EGA”* 45 entidades responderam sim e 7 negativamente.

Outras recomendações da IGAS (2011) perante o PAh são: que as EGA elaborem procedimentos escritos, com vista ao planeamento e programação da alta clínica, e à garantia da continuidade dos cuidados e que as entidades em causa sinalizem sempre à EGA os doentes que necessitem dos serviços prestados pela RNCCI.

O Grupo Técnico para a Reforma Hospitalar (GTRH) (2011), criado pelo Ministério da Saúde, refere que uma das iniciativas a desenvolver para o aumento da

qualidade do sistema de saúde consiste na criação de novos modelos de cuidados e melhores práticas, através *“da simplificação do processo de referenciação para a RNCCI e expansão desta, (...) através da criação de um modelo eficaz de planeamento de altas, com um procedimento de follow-up, como contributo para a redução dos reinternamentos”*.

Segundo os mesmos autores, os hospitais e outras unidades da RNCCI, devem utilizar um processo de PAh, com supervisão e controlo da gestão de topo através de indicadores de resultados. Outro aspeto focado como de grande importância está relacionado com o *follow-up* dos doentes após a alta, desde o hospital, devido ao impacto que tem na resolução de problemas e como consequência na redução de RnH.

2.2.2. Transição de Cuidados

Para todos os doentes, com exceção daqueles que são transferidos para uma unidade de cuidados continuados, o momento da alta é um momento de transição do hospital para casa, que envolve uma transferência de responsabilidade da equipa de cuidados de saúde secundários para a de primários (Kripalani *et al.*, 2007).

A transição dos cuidados diz respeito ao movimento dos doentes entre instituições e de prestadores de cuidados de saúde, tal como a transição nos cuidados de que necessita. Este processo diz respeito à transição dos cuidados prestados a nível primário para secundário, ou seja hospitalares, e no sentido inverso, do hospital para a comunidade, quando o doente tem alta hospitalar e necessita de apoio. Cada uma destas mudanças de prestadores e cuidados é considerada uma transição (The Care Transition Program, 2007).

Tendo em conta a definição anterior, a gestão da transição consiste no conjunto de ações destinadas a assegurar a coordenação de cuidados de saúde, entre diferentes locais e níveis de saúde ou dentro dos mesmos. Os cuidados de transição incluem aspetos logísticos, educação do doente e família e coordenação entre os diferentes profissionais envolvidos na transição (The Care Transition Program, 2007).

Para Holland e Hermann (2011), uma inadequada transição tem repercussões negativas nos resultados de saúde, nomeadamente o aparecimento de novos sintomas, RnH não programados, erros médicos e eventos adversos, especialmente nos idosos. Segundo os mesmos autores o PA é o veículo principal para a gestão e a coordenação dos cuidados a partir do hospital.

Existem uma multiplicidade de fatores relacionados com o processo de PAh que afetam a transição dos doentes, com maior impacto nos doentes com características socioeconómicas mais baixas e são estes, a preparação do doente e cuidadores, a comunicação do plano de cuidados, as mudanças no plano terapêutico, o transporte dos doentes do hospital para a comunidade, entre outros (Strunin; Stone; Jack, Data Desconhecida).

O PAh muitas vezes não é *standartizado* e é de fraca qualidade. Segundo os autores supracitados uma em cada cinco altas hospitalares tem um evento adverso nos 30 dias após a alta, que implica uma visita ao serviço de urgência ou um RnH.

A alta hospitalar é um momento de transição crítico na gestão da saúde dos doentes. Muitos doentes não recuperam totalmente durante o internamento e necessitam de apoio e avaliação da sua saúde após o momento da alta. Se não houver um adequado PAh as mudanças biopsicossociais que ocorrem no doente, resultantes do internamento, podem gerar um conjunto de eventos adversos e resultar em RnH não programados (Halasyamani *et al.*, 2006).

De acordo com Forster *et al.* (2003), a ocorrência de eventos adversos durante a transição do hospital para o domicílio é elevada, e pode ser diretamente relacionada com a inadequada gestão da medicação por parte do doente. Os mesmos autores referem que 62% destes eventos poderiam ser evitados ou minorados. Vincent, Neale e Woloshynowych e (2001) verificaram que 11% dos doentes que estiveram hospitalizados tiveram um evento adverso e que 18% destes estavam associados ao processo da alta.

Os doentes, e em especial os idosos com doenças crónicas, experienciam diversas transições de cuidados, ao terem alta saem de uma instituição de saúde e transitam para outra e como tal é importante que exista uma coordenação dos cuidados entre as diferentes instituições e níveis (National Transitions of Care Coalition, 2010).

A existência de uma fragmentação nas organizações do sistema de saúde é uma barreira à qualidade e eficiência dos cuidados de saúde (National Transitions of Care Coalition, 2010).

A comunicação inadequada durante as transições de cuidados pode criar um sentimento de confusão relativamente ao estado de saúde do doente, ao tratamento adequado, à ocorrência de Exames Médicos Complementares de Diagnóstico duplicados e a uma inadequada monitorização do doente. Estas falhas podem ter

implicações diretas na segurança do doente, na qualidade dos cuidados mas também nos resultados de saúde (National Transitions of Care Coalition, 2010).

2.2.3. Continuidade dos Cuidados

A continuidade dos cuidados é um direito do doente internado (Ministério da Saúde, 2005) e consiste na sequencialidade, no tempo e nos sistemas de saúde e de segurança social, das intervenções integradas de saúde e de apoio social (CHLN, 2012).

Segundo Haggerty *et al.* (2003) é definida como a coordenação entre diferentes organizações de saúde prestadoras de cuidados, tendo em conta a transferência de informação entre profissionais, e abrange três dimensões. A primeira dimensão consiste na Continuidade da Informação e diz respeito à ligação e coordenação entre diferentes profissionais e instituições de saúde no processo de transmissão de dados e informações relativas ao doente. A segunda dimensão está relacionada com a resposta, oferecida ao doente, perante as situações de mudança nas diferentes instituições/ambientes de saúde, denominada de Gestão da Continuidade, e é a dimensão de foco no presente trabalho. A última dimensão está associada à relação médico-doente e foi denominada de Continuidade Relacional ou Longitudinal. Importa referir que as três dimensões estão sempre relacionadas.

Vários estudos demonstraram que o desenvolvimento de projetos para a promoção da continuidade dos cuidados entre os hospitais e os CSP resultaram em melhoria na qualidade dos cuidados, aumento da satisfação dos doentes e decréscimo do número de futuros internamentos (van Servellen; Fongwarn; D'Errico, 2006).

Segundo Kripalani *et al.* (2007), um não efetivo planeamento e coordenação dos cuidados pode levar à insatisfação dos doentes, facilitar a ocorrência de eventos adversos e ainda contribuir para o aumento da frequência de RnH.

2.2.4. Integração de Cuidados de Saúde

De modo a promover uma adequada continuidade de cuidados surge a necessidade de criar mecanismos que promovam a integração dos diferentes níveis de cuidados, nomeadamente secundários e primários, sendo que deve ser dada prioridade à integração clínica e de informação. A integração clínica é aquela que mais contribui para a prestação de cuidados custo-efetivos e de maior qualidade e é definida por Devers *et al.* (1994) citado por Santana e Costa (2008) como “o grau de

coordenação de cuidados de saúde no que respeita às funções, atividades e unidades operativas de um sistema”.

A Integração da Saúde pode ser definida como as interligações dos diferentes componentes do sistema, uma vez que da fraca integração dos CSP, cuidados secundários e terciários resulta uma ineficiência e falta de qualidade (Santana; Costa, 2008).

Em diversos países foram implementadas estratégias para a integração dos cuidados. Na Holanda foi introduzido na década de 90 o conceito de “*transmural care*”, que procura interligar os CSP aos secundários, através do desenvolvimento de *guidelines* clínicas de atuação e através da presença de enfermeiros “gestores do doente”, responsáveis pela preparação e PAh (Escoval *et al.*, 2010).

As estratégias de gestão, as estruturas organizativas e os sistemas de controlo desempenham um papel importante na integração. De entre as ferramentas estratégicas é necessária a visão de continuidade de cuidados, onde estão incluídos vários intervenientes, nomeadamente políticos, gestores e prestadores de cuidados, sendo que a abordagem deve ser centrada nos doentes e famílias. Ainda tendo em conta os aspetos económicos, os cuidados integrados permitem otimizar a relação custo/qualidade e atuar numa ótica preventiva e de diagnóstico mais adequada, uma vez que há mais informação e mais completa (Dias; Santana, 2009).

De acordo com o OPSS (2009), citado por Escoval *et al.* (2010) a RNCCI tem como base os princípios da integração dos cuidados de saúde e apoio social e foi criada com o intuito de dar resposta às necessidades das populações, para obtenção de ganhos em saúde e promoção da eficiência.

Os mesmos autores referem que alguns dos objetivos da RNCCI são a redução da DM e dos RnH não programados, e uma adequação de recursos e coordenação com os diferentes níveis de cuidados, dando assim uma resposta integrada às pessoas que se encontrem em situação de dependência temporária ou prolongada, conduzindo a uma maior qualidade dos cuidados prestados e a uma maior satisfação do doente e família.

Uma fraca coordenação quanto ao processo de PAh, entre os profissionais de saúde dos hospitais e dos centros de saúde, pode ter implicações na saúde e segurança do doente. Quando os doentes e os médicos de família não estão integrados neste processo os doentes podem estar sujeitos a riscos como o facto de

não terem assegurados cuidados domiciliários necessários ou a ocorrência de erros com a medicação (Balaban *et al.*, 2008).

Segundo os mesmos autores existem estudos em que foram utilizados responsáveis específicos pelo processo de PAh e a transição entre dois níveis de cuidados, nomeadamente médicos, enfermeiros e farmacêuticos, e em que se verificaram melhorias nos resultados de saúde após a alta hospitalar.

2.2.5. Comunicação e Transferência de Informação

A Integração da Informação consiste na interligação automatizada de toda a atividade desenvolvida, com recurso a tecnologias de informação que possibilitem coligir, tratar e analisar dados e informação, no sentido de garantir um processo de tomada de decisões estratégicas e operacionais com o menor grau de risco associado e consequentemente potenciar a criação de valor e conhecimento para a organização e seus clientes (Santana; Costa, 2008).

Para Shepperd *et al.* (2008), um importante elemento do PAh é a efetividade da comunicação da informação entre o hospital e a comunidade.

O grau crescente da complexidade de circuitos de informação na saúde cria a necessidade da informação ser integrada entre os diferentes níveis de cuidados, de maneira a que o sistema funcione de um modo mais eficiente e proporcione o *continuum* de cuidados a prestar.

A informação é um dos recursos mais importantes de qualquer organização. Esta verdade é potenciada em sistemas complexos integrados como encontramos no setor da saúde – sendo que a ausência de sistemas de informação pode ser considerada uma barreira à integração (Santana; Costa, 2008).

O National Transitions Of Care Coalition (NTOCC) (2010) refere que a comunicação atempada é crítica para a efetividade da transição dos cuidados de saúde, sendo que caso esta não ocorra pode contribuir para o aumento de RnH não programados, erros médicos e fracos resultados de saúde.

Relativamente à transferência de informação entre cuidados de saúde secundários e primários, no sentido secundários-primários, Walraven *et al.* (2002) afirmam que o risco de RnH pode ser reduzido quando os médicos de família recebem a carta de alta hospitalar, sendo este considerado o método de comunicação predominante entre as duas linhas.

De acordo com um estudo realizado pela Entidade Reguladora de Saúde (2012), foi referida a necessidade de continuidade e de dinamização entre os Agrupamentos de Centros de Saúde e os Centros Hospitalares nomeadamente no que se refere ao “*envio de retorno de informação da alta do doente internado diretamente ao Médico de família*”.

A ocorrência de atrasos na transferência da informação, ou a inadequada transferência, entre hospital e CSP, no momento da alta pode afetar negativamente a continuidade dos cuidados dos doentes e implicar a ocorrência de efeitos adversos (Kripalani *et al.*, 2007).

A comunicação ao doente de possíveis eventos adversos associados à alta hospitalar é essencial para uma adequada transição. A não compreensão da medicação, dieta e estilos de vida, necessários para a continuidade da recuperação dos níveis de saúde desejáveis, pode levar a uma inadequada transição (Walraven *et al.*, 2002).

De acordo com o NOTCC (2010), de modo a melhorar a transição dos doentes e cuidadores entre níveis de cuidados e, ou, instituições de saúde, é importante oferecer-lhes ferramentas e recursos que os ajude a manterem-se informados e a identificar questões pertinentes que possam fazer às várias equipas de cuidados.

Soler *et al.* (2009) refere que 30% dos doentes após a alta hospitalar tiveram dúvidas relativas à gestão da sua doença nas primeiras 24 horas pós-alta.

O método mais comum de comunicação entre o Hospital e os CSP são as Cartas de Alta, sendo os doentes e família o elo de ligação para a entrega deste documento.

As Cartas de Alta foram criadas com o intuito de serem utilizadas a nível hospitalar, pois a necessidade de transferência de informação era reduzida, uma vez que não existia a diferenciação de médicos entre níveis de cuidados, ou seja havia apenas um médico. Com a divisão das especialidades, médicos de medicina interna – cuidados hospitalares e médicos de família – CSP, as Cartas de Alta tornaram-se uma ferramenta essencial (Kripalani *et al.*, 2007).

A problemática deste meio de comunicação incide no facto de uma percentagem destas Cartas de Alta não chegar ao destino final atempadamente. Tal facto pode ser confirmado pelos resultados de uma investigação realizada por Kripalani *et al.* (2007), em que se verificou que uma semana após o dia da alta apenas

53% das Cartas de Alta tinham chegado ao médico dos CSP e aproximadamente 11% destas não chegaram.

Os mesmos autores referem que a inadequada transferência de informação e atempada pode criar uma descontinuidade nos cuidados que, posteriormente, estão associados a menor qualidade no *follow-up* dos doentes e à ocorrência de efeitos/resultados adversos (Kripalani *et al.*, 2007). O mesmo é reforçado por Walraven *et al.* (2002) quando afirmam que uma consulta de follow-up com um médico de família que tenha recebido a carta de alta reduz o risco de RnH não programado.

2.3. Planeamento de Alta e Indicadores de Desempenho Hospitalar

Costa e Lopes (2007) referem que o estado da arte da avaliação do desempenho das organizações de saúde assemelha-se à triologia de Donabedian (1985), nomeadamente Estrutura, Processo e Resultados. Neste contexto, a Estrutura está relacionada com as características das organizações de saúde; o Processo com os cuidados/procedimentos prestados ao doente; e os Resultados, relacionam-se com a resposta do doente aos cuidados prestados.

Tendo em conta o que foi dito anteriormente, neste estudo são focados os Resultados, definidos por indicadores de efetividade e de eficiência.

A efetividade é definida por McGuire, Henderson e Moooney (1988), citados por Costa e Lopes (2007) como a capacidade de um cuidado/procedimento melhorar a saúde de uma pessoa/população, ou, os resultados ou consequências de determinado cuidado/procedimento. A Eficiência consiste na medida que exprime a relação entre os recursos utilizados e os resultados obtidos, sendo que uma atividade é eficiente quando se maximizam os resultados para um determinado nível de recursos ou se minimizam estes para um determinado resultado.

De acordo com um estudo realizado por Parker *et al.* (2002), a atuação sobre o PAh tem efeito sobre os indicadores de desempenho hospitalar, destacando-se um efeito benéfico sobre o risco de RnH não programados.

Para Hager (2010) um PAh com a inclusão do doente e da família neste processo, tal como com a identificação de objetivos e barreiras perante a alta permite com significância reduzir custos, através da diminuição dos RnH e da ocorrência de eventos adversos, e ainda aumentar a satisfação dos doentes e facilitar o processo de transição do hospital para o domicílio.

Uma abordagem interessante da Alta e do seu Planeamento está relacionada com a tríade criada por Donabedian, nomeadamente Estrutura-Processo-Resultado. Segundo Parker *et al.* (2002), através desta tríade é possível compreender que aspetos da Estrutura e Processos da alta afetam os Resultados. O mesmo autor refere que os resultados principais da alta estão relacionados com resultados económicos e de eficiência, sobretudo RnH não programados e DM ou utilização de camas.

Estudos realizados no Reino Unido revelaram que o planeamento da alta pode melhorar os resultados económicos e de eficiência através da redução de RnH não programados e da melhor gestão de camas hospitalares, através da redução dos tempos de internamento e dos tempos de espera (Parker *et al.*, 2002).

De acordo com um estudo realizado por Shepperd *et al.* (2008) relativamente à efetividade da implementação de um processo de PAh, não houve diferenças estatisticamente significativas nos resultados obtidos, tanto nos serviços das especialidades médicas como cirúrgicas, comparados com os resultados anteriores a esta implementação, nomeadamente taxas de mortalidade, Taxas de Reinternamento e DM. No entanto, é referido um aumento da satisfação dos pacientes das especialidades médicas.

Shepperd *et al.* (2008) acrescentam ainda que o impacto nos indicadores descritos é incerto, no entanto uma pequena redução que seja pode ter impacto no processo de admissão de doentes com necessidade de internamento atempado, num sistema em que há escassez de camas em hospitais de agudos.

A comparação entre diferentes especialidades pode ser dificultada pelo facto de poderem existir diferentes procedimentos de PAh (Shepperd *et al.*, 2008), uma vez que as necessidades de um doente cirúrgico após a alta diferem das de um doente com uma patologia aguda ou múltiplas patologias.

2.3.1. Reinternamento Hospitalar

Os RnH são um importante indicador de qualidade e também uma área de atuação essencial para uma política de contenção e redução de custos. A definição de RnH não é consensual, sendo que se verifica uma enorme disparidade relativa ao conceito, nos diversos estudos publicados acerca desta temática.

O RnH é definido como um internamento repetido num espaço de um, dois, quatro ou 12 meses após a alta hospitalar. Sendo que os RnH que poderiam ser

prevenidos ocorrem, na generalidade, um mês após a alta, e como tal este é o tempo aconselhado para adotar em estudos comparativos (Benbassat; Taragin, 2000).

De acordo com a ACSS e a Faculdade de Medicina da Universidade do Porto (2010), um RnH é definido como uma “*readmissão ao serviço de internamento de um estabelecimento de saúde com internamento de um doente após ter tido alta desse mesmo estabelecimento de saúde*”. Outra definição adotada consiste num RnH do doente no mesmo hospital, num período de 72 horas a contar do dia de alta, com as seguintes exceções: situações em que o episódio de internamento subsequente não está clinicamente relacionado com o anterior, quando demonstrado pela entidade prestadora, e as situações do foro oncológico; situações em que o internamento subsequente ocorre após saída contra parecer médico; e nas situações em que o doente é transferido para realização de um exame, com necessidade de internamento, seguindo-se o tratamento no hospital de origem.

O RnH em Grupo de Diagnóstico Homogéneo (GDH) médico é definido ainda como um episódio de internamento com o mesmo diagnóstico principal do episódio anterior, quando classificado num GDH médico, e quando ocorre num período de tempo igual ou inferior a 30 dias (Instituto de Gestão Informática e Financeira do Ministério da Saúde (IGIF), 1999).

O RnH é frequentemente utilizado como um dos indicadores a ter em conta na avaliação do desempenho duma entidade prestadora de cuidados de saúde hospitalares (Costa; Lopes, 2007).

No entanto é relevante efetuar uma diferenciação entre RnH programado e não programado. Segundo Beth e Heather (2010), citado por Jordão (2012), os RnH programados estão associados a uma atitude preventiva de complicações de saúde adicionais e podem ser benéficos para o doente e o sistema de saúde, com o que é o caso da área da Oncologia. Os não programados geralmente podem ser prevenidos, com exceção daqueles em que a condição que conduziu ao RnH não está relacionada com o internamento anterior.

De acordo com a literatura, elevadas taxas de RnH não programados têm sido relacionados com um pobre processo de PAh (Strunin; Stone; Jack, data desconhecida).

Num estudo realizado por Dias *et al.* (2002) relativo ao percurso intra-hospitalar retrospectivo de doentes com alta nos serviços de medicina, citado por Jordão (2010), concluiu-se que a frequência de RnH nestes serviços indica um predomínio de

doentes que necessitam de continuidade de cuidados após a alta e como tal uma maior atenção no PAh.

Scott (2010), refere que os RnH não programados são comuns nos 30 dias após a alta e podem refletir falhas no PAh. Estes RnH não programados, e possivelmente evitáveis, implicam uma utilização significativa de camas hospitalares.

O mesmo autor refere que aproximadamente 11% dos doentes com alta hospitalar são readmitidos após 30 dias, sendo que destes 90% são RnH não programados e 80% estão relacionados com uma complicação médica.

Naylor *et al.* (1994) aquando da realização de um estudo com o objetivo de compreender os efeitos de um PAh *standartizado* nos resultados de saúde dos doentes e custos dos cuidados identificaram que houve menos RnH e menos dias hospitalizados durante o RnH.

Num estudo realizado por Jack *et al.* (2009) com o intuito de reestruturar o PAh através da *standartização* do seu processo e assim minimizar a utilização do hospital após a alta, verificou-se que através da aplicação deste houve uma redução dos RnH no grupo de intervenção de 1 em 30 (0.314 *versus* 0.451), um mês após a alta a hospitalar

Scott (2010) verificou que, em doentes com alto risco de RnH não programado, a educação para a saúde e a preparação para a alta, tal como o *follow-up* telefónico, são estratégias que demonstraram relativa eficácia.

2.3.1.1. Fatores de Risco

Para Greenwald e Jack (2009), existem um conjunto de condições que aumentam a probabilidade dos RnH como a utilização de medicamentos de alto-risco (antibióticos, anticoagulantes, opiáceos, entre outros), a polimedicação (prescrição de cinco ou mais fármacos em concomitância) e determinadas patologias clínicas específicas.

Os doentes com maior risco de RnH possuem o seguinte conjunto de características: idade superior ou igual a 80 anos; cinco ou mais comorbilidades; antecedentes de síndrome depressivo; residir sozinho com pouco apoio social; *deficits* cognitivos; *deficits* funcionais; doença em estadio avançado; e internamentos hospitalares prolongados (Scott, 2010).

Nos EUA metade dos pacientes com mais de 65 anos e Insuficiência Cardíaca Congestiva são reinternados seis meses após a alta hospitalar (Phillips *et al.*, 2004).

De acordo com Jha, Orav e Epstein (2009), também nos EUA, as doenças com maior taxa de RnH são o Enfarte Agudo do Miocárdio e a Pneumonia. Os mesmos autores referem que a existência de um adequado PAh pode reduzir as taxas de RnH por Enfarte Agudo do Miocárdio.

Segundo Jha, Orav e Epstein (2009) a problemática dos RnH está relacionada com a transição dos cuidados de saúde, nomeadamente do hospital para os CSP. Dentro dos problemas entre os dois níveis de cuidados destacam-se a comunicação existente no momento da alta, a falha na transferência de informação e registos essenciais para a continuidade dos cuidados e, por último, o não adequado follow-up dos doentes no pós-alta.

2.3.1.2. Estratégias de Atuação

Segundo Benbassat e Taragin (2000) entre 9% e 48% dos RnH podem ser prevenidos, uma vez que estão associados a indicadores relacionados com cuidados durante o internamento, como inadequada resolução do problema principal, cuidados inadequados no momento da alta e no pós-alta.

Os autores supracitados referem que um terço dos RnH ocorre até um mês após a alta, metade destes até 90 dias e 80% até um ano.

Epstein (2009) refere que estes números podem estar relacionados com uma inadequada coordenação de cuidados e um fraco PAh. Existe evidência sobre a variabilidade nas taxas de RnH não programados e o *follow-up* dos doentes, tal como com uma inadequada comunicação entre médicos e doentes no momento da alta, o que suscita a dúvida se estes RnH podem ser prevenidos. Surge assim a necessidade da ocorrência de mudanças nas políticas, de modo a que se criem melhores resultados e uma redução de custos no sistema de saúde.

Num estudo realizado por Naylor *et al.* (1994) em que foi aplicado um processo de PAh completo e compreensivo em doentes idosos verificou-se que o número de RnH no grupo de controlo foi três vezes superior ao do grupo de intervenção, nas primeiras 2 semanas após a alta.

Phillips *et al.* (2004) verificou que em doentes com Insuficiência Cardíaca Congestiva em que foi realizado um completo e adequado PAh, mais um

acompanhamento pós-alta, apresentam menos RnH quando comparado com um planeamento da alta comum.

De acordo com Naylor *et al.* (1994) a melhoria da prestação de cuidados nomeadamente com a utilização de um processo de PAh em doentes de alto risco reduz a ocorrência de RnH.

O processo de PAh é efetivo na redução dos RnH não programados quando: há uma atempada identificação das necessidades pós-alta; são realizados ensinamentos e aconselhamentos ao doente ou pessoa significativa; há uma atempada transferência de informação entre os profissionais de saúde dos cuidados secundários e os primários; é realizado um *follow-up* dos doentes com risco de RnH nas primeiras 24 a 72 horas pós-alta; são realizadas visitas domiciliárias ou telefónicas aos doentes com risco de RnH; e há uma adequada referenciação para os cuidados continuados, em caso de necessidade (Scott, 2010).

De acordo com um estudo publicado por Benbassat e Taragin (2000) as intervenções que melhoram o processo da alta hospitalar, prévias e pós-alta, podem prevenir os RnH.

A satisfação geral dos doentes e a satisfação relacionada com o processo de PAh são outros dos fatores que estão associados à diminuição das taxas de RnH não programado (Boulding *et al.*, 2011).

Como se pôde ver anteriormente, são múltiplos os fatores relacionados com a problemática dos RnH. Para Greenwald, Denham e Jack (2007) a existência de um processo *standartizado* de PAh irá reduzir a ocorrência de eventos adversos no período pós-alta e de RnH.

Num estudo realizado por Evans e Hendricks (1993) verificou-se uma redução nos RnH, estatisticamente significativa, em doentes em que a alta foi planeada.

Parker *et al.* (2002) identificou que existe um efeito, estatisticamente significativo, entre a preparação do PAh e os RnH não programados, nomeadamente um doente internado e em que a sua alta é planeada tem uma probabilidade de 15% menos de ser reinternado.

Os mesmos autores referem que as características do PAh que afetam os RnH não programados são as intervenções relacionadas com a transição do hospital para a comunidade, quando executadas por apenas uma pessoa ao invés de uma equipa e especialmente aquelas que são realizadas frontalmente entre profissional e doente ao invés das realizadas via telefone.

2.3.2. Demora Média Hospitalar

Para a DGS a DM de um internamento é um indicador que representa o número médio de dias de internamento por doente saído de um estabelecimento de saúde num período de tempo (INE, 2005).

Esta é usualmente calculada através da divisão do número total de dias internados de todos os doentes durante um ano sobre o número de admissões ou altas (OECD, 2011).

A DM é frequentemente utilizada como um indicador de eficiência hospitalar. No entanto, segundo a OECD (2011), é necessário ter em conta que tempos de internamento muito reduzidos podem causar efeitos adversos nos resultados de saúde e reduzir a satisfação e o conforto dos doentes.

Segundo o GTRH (2011), este indicador é um dos principais indicadores de gestão dos hospitais devido ao peso do internamento na estrutura da despesa, de cerca de 60%. No entanto, é também um indicador de qualidade, pela associação entre a permanência do doente no hospital e o risco de infeção nosocomial. A avaliação do tempo de internamento, com objetivo de se averiguar se os doentes recebem os cuidados adequados atempadamente, é um meio de controlar custos e de contribuir para a qualidade dos cuidados prestados.

Na última década na maioria dos países da OCDE tem-se observado uma redução na DM, com uma redução na média de 8,2 dias em 2000 para 7,2 em 2009. Esta redução está relacionada com muitos fatores, nomeadamente uma menor realização de procedimentos cirúrgicos invasivos, mudanças nas modalidades de pagamento aos hospitais e a expansão dos programas de continuidade cuidados após a alta.

No entanto, em Portugal, de acordo com GTRH (2011), verificou-se um aumento de 2,92% na DM hospitalar, entre 2007 e 2010, de 7,47 para 7,69 dias, respetivamente.

Shepperd *et al.* (2008) referem que existe um conjunto de razões médicas e não médicas que contribuem para o aumento da DM de um internamento hospitalar. No entanto, tendo em conta um estudo realizado por Selker (1989), 30% de todas as altas hospitalares atrasadas estão relacionadas com razões não médicas.

Tendo em conta o Departamento da Saúde do Reino Unido (2003), as causas para o aumento da DM de um internamento hospitalar consistem no inadequado conhecimento do doente por parte dos profissionais de saúde, nomeadamente a sua

situação social; na inadequada organização dos serviços de saúde, por exemplo na marcação atempada do transporte para o doente se deslocar do hospital para o domicílio; e na fraca comunicação entre hospitais e prestadores de cuidados/serviços na comunidade.

As listas de espera e a existência de camas “bloqueadas” são tópicos importantes a ter em conta na gestão de uma unidade hospitalar, que criaram a necessidade de se compreender que estratégias poderiam ser utilizadas para a redução da DM, de modo a possibilitar que essas camas fossem utilizadas para situações de urgência e para a redução das listas de espera. De acordo com Mckenna *et al.* (2000) a aplicação de um processo de PAh eficiente e efetivo é uma estratégia de atuação.

De acordo com um estudo realizado por Parfrey *et al.* (1994) existe uma pequena redução significativa na DM em doentes que recebem um PAh, de 0,8 dias para $p < 0,03$.

A pressão para a redução dos tempos de internamentos pode aumentar os RnH. Na década de 90 foi implementada nos hospitais uma nova modalidade de pagamento, o pagamento prospectivo. Com esta modalidade procura-se oferecer incentivos aos médicos para controlar a despesa e implementar uma prática de custo eficácia, contribuindo para adopção de medidas de prevenção. De acordo com Epstein (2009), um dos objetivos desta modalidade é encorajar a redução dos tempos de internamento e uma maior eficiência dos cuidados, mas com ela surgiu a preocupação sobre um possível aumento dos RnH não programados, consequência de uma alta prematura dos doentes.

Num estudo realizado por Kosecoff *et al.* (1990) foi verificado que com a introdução da modalidade de pagamento prospectivo houve uma redução dos tempos de internamento, mas um aumento da percentagem de doentes instáveis no momento da alta.

De acordo com Jencks, William e Coleman (2009) um aumento na DM também está associada aos RnH uma vez que os doentes reinternados têm tendência a prolongar o seu internamento mais 0,6 dias do que outros doentes com o mesmo GDH e que não estiveram hospitalizados nos últimos seis meses.

Segundo Gomes, Almeida e Rebelo (2002) citado por Marques (2005), são diversos os casos em que, apesar da alta médica, a saída dos doentes é adiada devido à situação social do mesmo não se encontrar resolvida.

Segundo Amado (2010), citado por Escoval, Fernandes, Matos e Santos (2010), existem atrasos significativos no encaminhamento dos doentes para a RNCCI e este processo de transferência dos doentes tem-se revelado muito burocratizado e demorado, penalizando assim as taxas de ocupação das Unidades de Cuidados Continuados e também as DM dos hospitais.

Para o Tribunal de Contas (2009), o facto de a *DM ter aumentado entre 2007 e 2008, ano em que a Rede consolidou a sua implantação, permite concluir que a criação da Rede não terá provocado impactos significativos na descida da demora média dos internamentos hospitalares, por via da gestão de altas, integração e continuidade dos cuidados aos utentes hospitalizados*.

Segundo os autores supracitados “*Os tempos do internamento até à identificação de vaga na rede variam significativamente entre o Norte e o resto do País e são significativamente piores na Região de LVT*”.

Tal facto poderá estar associado à sinalização, que por sua vez, tal como foi dito anteriormente, pode ter uma relação com o número de camas contratadas por região. A carência de camas em lares ou unidades da RNCCI cria bloqueios à alta de doentes referenciados o que se traduz num aumento dos tempos de internamento. No entanto, existem diferenças significativas que mostram que “*há problemas internos de gestão do processo de referenciação e não apenas problemas de falta de vagas na Rede*” (Grupo Técnico para a Reforma Hospitalar, 2011).

Uma das medidas sugeridas para o controlo desta situação é utilização de um processo de PAh, com supervisão da gestão de topo e controlo, através de indicadores que reflectam os resultados e a definição de políticas de organização desta temática (Grupo Técnico para a Reforma Hospitalar, 2011).

3. Decisões Metodológicas

A fase metodológica é utilizada para a operacionalização do estudo e consiste em precisar como o fenómeno em estudo será integrado num plano de trabalho. Nesta fase a autora seleccionou os métodos que entendeu serem os mais adequados para dar resposta à questão de investigação, servindo de orientação para a elaboração do estudo, minimizando assim possíveis desvios no decurso da realização do trabalho que permite reunir e analisar informações relevantes sobre a questão em pesquisa.

O desenho de investigação consiste no conjunto de decisões a tomar que guiam o investigador na planificação e na realização do seu estudo de modo a que os seus objetivos sejam atingidos e as suas questões respondidas (Fortin, 2009). A fase metodológica, de acordo com Polit, Beck e Hungler (2004), tem como propósito transmitir, com precisão, o processo utilizado pelo pesquisador para dar resposta ao problema em estudo. Funciona como uma linha orientadora de toda a investigação.

Sendo o problema de investigação o impacto que o Planeamento das Altas tem nos Indicadores de Desempenho Hospitalar, a pergunta de investigação: Qual o impacto do planeamento das altas nos indicadores de desempenho hospitalar? e o objetivo geral: Conhecer o impacto do planeamento da alta *standartizado* nos indicadores de desempenho hospitalar.

3.1. Paradigma e Tipo de Estudo

Tendo em conta a questão de investigação e os objetivos definidos, e dado que a situação em estudo necessita de uma melhor compreensão do fenómeno, a autora optou por uma Abordagem Quantitativa, por considerar ser a mais adequada para o estudo científico que pretende realizar. A partir deste método a autora pode contribuir para o desenvolvimento e validação dos acontecimentos acerca do tema em estudo.

Segundo Fortin (2009) a abordagem quantitativa caracteriza-se pela medida de variáveis e obtenção de resultados numéricos e tem ainda como finalidade “*contribuir para o desenvolvimento e validação dos conhecimentos*”.

O tipo de estudo é retrospectivo, tendo em conta a existência de um prazo definido para a entrega do trabalho e por uma questão de disponibilidade de informação. Foram analisados dois anos, nomeadamente os anos 2006 e 2010.

De modo a proceder-se à validação das hipóteses, de que o PAh tem impacto nos indicadores de desempenho hospitalar, foi realizada uma análise comparativa de

uma amostra de entidades hospitalares, que possuem, e não, um processo de PAH *standartizado*.

Para Schneider e Schmitt (1998), um dos principais objetivos do método comparativo é a comprovação e a formulação de determinadas hipóteses. Este método deve ter dois momentos, um relacionado com as semelhanças entre os fenómenos e outro em que são trabalhadas as suas diferenças.

Segundo os autores supra citados, o método comparativo está dividida em três passos: I) A seleção de duas ou mais séries de fenómenos que sejam efectivamente comparáveis; II) A definição dos elementos a serem comparados; III) A generalização.

3.2. População alvo, Amostra, Processo Utilizado para a sua Seleção

Num estudo científico é fundamental definir-se de forma precisa a população a estudar e, conseqüentemente, os elementos ou sujeitos que a compõem. Norusis (1991), citado por Ribeiro (2007), refere que a população é um conjunto de pessoas ou objectos acerca dos quais se pretende obter conclusões. Ainda, segundo Fortin (2009), a população alvo é constituída pelos elementos que satisfazem os critérios de seleção definidos previamente e para os quais os investigadores desejam fazer generalizações. Sendo assim, a autora considerou como **população alvo** todos os hospitais do SNS.

Segundo Fortin (2009), raramente é possível estudar a totalidade da população. Nesta perspetiva, como população acessível a autora considerou todos os hospitais do SNS que foram incluídos no estudo realizado pela IGAS em 2011.

Os critérios de elegibilidade podem ser vistos como delimitações, ou seja, as características que restringem a população a um grupo homogéneo de sujeitos de pesquisa (Wood; Haber, 2001). Segundo Polit, Beck e Hungler (2004, p.143) “*cabe ao pesquisador estabelecer esses critérios, antes da seleção das amostras de modo a decidir se uma pessoa seria classificada ou não como um elemento da população em questão*”.

A **população acessível** do presente estudo é constituída por 57 estabelecimentos hospitalares do SNS, tal como se pode ver no **Quadro 16 do Apêndice II**. No entanto, apenas foi estudada uma amostra da população, a qual, segundo Fortin (2009, p. 312), é uma “*fracção de uma população sobre a qual se faz o estudo*”.

A população acessível foi agrupada em 2 grupos de hospitais. O critério para a criação dos grupos foi ter ou não ter um processo de PAh *standartizado* em 2010. O grupo dos hospitais que tinha um processo de PAh *standartizado* é constituído por 33 hospitais e o grupo dos hospitais que não tinha um processo de PAh *standartizado* é constituído por 24 hospitais.

A amostra é não probabilística, sendo este um procedimento de seleção em que os elementos não têm a mesma probabilidade de serem selecionados. Os Institutos Portugueses de Oncologia de Lisboa, Porto e Coimbra e as instituições psiquiátricas, como o CH Psiquiátrico de Lisboa e de Coimbra e o Hospital de Magalhães Lemos, e o Instituto de Oftalmologia Dr. Gama Pinto não foram incluídos na amostra, uma vez não podem ser diretamente comparáveis com os outros hospitais em termos de especificidade dos cuidados de saúde prestados.

Outra questão que mereceu ponderação para a seleção da amostra está relacionada com a criação de Centros Hospitalares e de Unidades Locais de Saúde, durante o período em análise, que abrangem duas ou mais unidades hospitalares, previamente existentes. Esta situação obrigou a definir outro critério de exclusão da amostra, nomeadamente todas as entidades com mais do que uma unidade hospitalar.

Obteve-se uma amostra de 15 hospitais, nove hospitais no grupo que possuía PAh *standartizado* e seis no outro grupo. Foram excluídos aleatoriamente três hospitais do grupo dos hospitais com PAh *standartizado*, nomeadamente a Unidade Local de Saúde de Matosinhos, o Hospital Arcebispo João Crisóstomo – Cantanhede e o Hospital José Luciano de Castro – Anadia.

No final obteve-se uma amostra de 12 hospitais, tal como se pode verificar no **Quadro 1**, seis dos quais possuíam um processo de PAh *standartizado* e os outros seis não.

Quadro 1 - Amostra

Siglas	Hospitais
ULSCB	Unidade Local de Saúde de Castelo Branco, EPE – Hospital Amato Lusitano
HCC	Hospital Curry Cabral, EPE
HDS	Hospital Distrital de Santarém, EPE
HRS	Hospital Reynaldo dos Santos - Vila Franca de Xira
HESE	Hospital do Espírito Santo - Évora, EPE
HF	Hospital de Faro, EPE
HSMM	Hospital de Santa Maria Maior, EPE - Barcelos
HDFF	Hospital Distrital da Figueira da Foz, EPE
HFZ	Hospital Dr. Francisco Zagalo - Ovar
HPFF	Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca - Amadora/Sintra
HGO	Hospital Garcia de Orta, EPE - Almada
HLA	Hospital do Litoral Alentejano - Santiago do Cacém, EPE

3.3 Variáveis

De acordo com Fortin (2009, p.171) “As *variáveis* são *qualidades, propriedades ou características de pessoas, objectos de situações susceptíveis de mudar ou variar no tempo*”, podendo ser classificadas de acordo com o papel que exercem na investigação.

Deste modo a autora considerou três tipos de variáveis, a Explicativa e as Variáveis de Investigação e de Atributo. Para as variáveis de Investigação e de Atributo foram definidos indicadores. Os indicadores são manifestações objectivamente observáveis e mensuráveis, das dimensões do conceito. Existem conceitos simples que têm apenas uma dimensão e um indicador. Outros conceitos são muito complexos, obrigando mesmo a decompor algumas dimensões em componentes antes de chegar aos indicadores (Quivy; Campenhoudt, 2008).

Assim, neste quadro conceptual a **Variável Explicativa** consiste na existência e na não existência de um processo de PAh *standartizado*, presente no **Quadro 2**.

Quadro 2- Variável Explicativa

Variável Explicativa	
	Indicadores
Planeamento Alta <i>standartizado</i>	- Sim - Não

As **Variáveis de Investigação** “*são qualidades, propriedades ou características que são observadas ou medidas*” (Fortin, 2009). Ainda segundo Polit, Beck e Hungler (2004) esta é denominada de variável dependente e é a que o investigador tem interesse em compreender, explicar ou prever.

Para se verificar a hipótese em estudo foram seleccionadas duas variáveis, a Taxa de Reinternamentos e a DM. Foram ainda definidos os respectivos indicadores como se pode ver no **Quadro 3**.

Quadro 3 - Variáveis de Investigação

Variáveis de Investigação	
	Indicadores
Taxa de Reinternamentos	- % Reinternamento 30 dias
Demora Média	- Internamento – Totalidade Especialidades - Internamento – Especialidades Médicas

Apesar dos RnH não programados ser o tipo de RnH que pode refletir falhas no PAh, de acordo com Scott (2010), e tendo em conta o que foi mencionado anteriormente, o indicador estudado será o dos RnH programados e não programados, devido à dificuldade de obtenção de dados para cada um dos tipos individualmente.

Por último, as **Variáveis de Atributo** são, segundo Fortin (2009, p. 171), “*características pré-existent dos participantes num estudo*”. As variáveis de atributo relativas aos hospitais utilizados no estudo e que foram consideradas neste trabalho estão apresentadas de seguida no **Quadro 4**, tal como os seus indicadores, e são a Região, o Índice de Case-Mix, a Atividade Assistencial, os Recursos Humanos e a Referenciação à RNCCI. Posteriormente é realizada uma descrição conceptual e individual de alguns dos indicadores.

Quadro 4- Variáveis de Atributo

Variáveis de Atributo	
	Indicadores
Região	<ul style="list-style-type: none"> - Norte - Centro - LVT - Alentejo - Algarve
Índice Case-Mix	<ul style="list-style-type: none"> - Internamento médico
Atividade Assistencial	Urgência <ul style="list-style-type: none"> - Total - Internamento Hospital - Transferência Outro Hospital - Enviado Domicílio - Outros/Ignorado
	Internamento¹ <ul style="list-style-type: none"> - Lotação - Doentes Saídos - Dias de Internamento - Taxa de Ocupação - Doentes Saídos/Cama
Recursos Humanos	- Total por grupo profissional: Médico, Enfermeiro, Outros.
	- Capacidade: <ul style="list-style-type: none"> - Médicos por Cama - Enfermeiro por Cama

A caracterização da **Região** é relevante para o presente estudo pois segundo o Tribunal de Contas (2009) os tempos de internamento até à identificação de uma vaga na RNCCI, como uma resposta para o pós-alta, variam significativamente entre o Norte e o resto do país.

O **ICM Médico** (ACSS 2012) foi utilizado como ponderador na comparação da produção hospitalar do internamento médico de ambos os grupos hospitalares. Segundo Borges (1999) o ICM consiste no coeficiente global de ponderação da produção e reflecte a relatividade de um hospital face aos outros, quanto à sua maior ou menor proporção de doentes com patologias complexas e, conseqüentemente, mais consumidoras de recursos. Este índice é por definição igual a 1, pelo que o ICM de cada unidade de saúde afastar-se-á desse valor de referência consoante a unidade de saúde trate uma proporção maior ou menor de doentes agrupados em Grupos de Diagnóstico Homogéneo (GDH) de elevado peso relativo face ao padrão nacional (Santana, 2005).

¹ Atividade Assistencial a nível da totalidade das Especialidades das Unidades Hospitalares e também especificamente das Especialidades Médicas.

Os GDH são *“um sistema de classificação de doentes internados em hospitais de agudos, em grupos clinicamente coerentes e homogéneos do ponto de vista do consumo de recursos, construídos a partir das características diagnósticas e dos perfis terapêuticos dos doentes, que explicam o seu consumo de recursos no hospital”* (Bentes et al., 1996).

A **Lotação** é definida como o número de camas (incluindo berços de neonatologia e pediatria), de um estabelecimento de saúde com internamento, discriminado por especialidade/valências (INE, 2004). Neste número estão excluídas as camas do berçário, da Urgência, do recobro e dos hospitais de dia, nomeadamente da hemodiálise (INE, 2013).

Os **Doentes saídos** são o número de doentes que tiveram alta de um serviço de especialidade de um estabelecimento de saúde, num determinado período (INE, 2004).

Os **Dias de internamento** dizem respeito ao total de dias utilizados por todos os doentes internados, nos diferentes serviços de um estabelecimento de saúde com internamento, com exceção dos dias das altas dos mesmos doentes. Não são incluídos os dias de estadia em berçário, serviço de observação ou serviço de urgência (INE, 2004)

A **Taxa de ocupação** é definida como o número de camas em cada 100 que, em média, estiveram ocupadas durante um determinado período de tempo. Consiste no quociente da soma dos dias da estadia de todos os doentes dentro de um período considerado e o número de camas multiplicado pelo número de dias do período (usualmente 365) (Departamento de Estudos e Planeamento da Saúde, 1990).

Os **Doentes Saídos/Cama** é um indicador estatístico que relaciona o número de altas com a lotação. Calcula-se através da divisão do número de doentes saídos pela lotação praticada do internamento no mesmo período (IGIF, 2002).

O número de **Outros** (Grupo Profissional) engloba todo o corpo de pessoal ao serviço no hospital, com exceção de médicos e enfermeiros.

3.4 Recolha de dados

Os dados foram obtidos através dos sítios da ACSS, da DGS e de cada entidade hospitalar, durante os meses de março e abril do corrente ano, e estes são referentes aos anos de 2006 e 2010. A DGS edita anualmente uma publicação denominada “Centros de Saúde e Hospitais: Recursos e Produção do SNS”, com

informações relativas a todos os hospitais, de onde foram retirados a maioria dos dados. Os outros sítios permitiram completar a informação para as situações em que as estatísticas da DGS não eram suficientes, nomeadamente Índice de Case-Mix, DM e Taxa de Reinternamento. Para o acesso a informações relativas à RNCCI foi enviada uma carta explicativa do estudo à Coordenação Nacional da RNCCI (**Apêndice III**) com um pedido para disponibilização dos dados, relacionados com percentagem de doentes sinalizados e referenciados à RNCCI e tempos de resposta da RNCCI, sendo que não se obteve resposta por parte desta entidade atempadamente.

A seleção do ano 2006 está relacionada com o ano em que as EGA foram instituídas nas entidades hospitalares do SNS, de acordo com o Decreto-Lei n.º101/2006, de 6 de junho, mencionado anteriormente, e por isso foi considerado o ano de partida para compreender o impacto do planeamento das altas através da evolução dos indicadores de desempenho. Estabeleceu-se um intervalo de três anos, para observar a organização das entidades quanto à gestão e planeamento das altas, até ao ano de 2010, ano em existem dados disponíveis, fornecidos pela IGAS (2011), sobre o ponto de situação das entidades quanto ao tema.

A construção da base de dados envolveu a recolha de informações sobre as variáveis mencionadas no subcapítulo anterior (3.3 Variáveis).

3.5 Tratamento e análise de dados

O tratamento e a análise dos dados foram efectuados no mês de maio de 2013.

Foi realizada uma análise estatística descritiva e indutiva. A estatística descritiva segundo Fortin (2009) é o processo pelo qual o investigador resume um conjunto de dados brutos com ajuda de testes estatísticos, de maneira a que sejam compreendidos, tanto pela autora como pelos leitores.

A autora optou por utilizar os testes estatísticos em determinadas variáveis de modo a melhorar a sua compreensão e compreender se existiam diferenças entre os grupos de hospitais.

Foi utilizado como referência para aceitar ou rejeitar a hipótese nula um nível de significância (α) $\leq 0,05$. Como as variáveis dependentes são do tipo quantitativo e foram comparados dois grupos de hospitais foi utilizado o teste t de *Student* para amostras independentes. Os pressupostos destes testes, nomeadamente o pressuposto de normalidade de distribuição e o pressuposto de homogeneidade de

variâncias foram analisados com os testes de Kolmogorov-Smirnov e teste de Levene. Nos casos em que estes pressupostos não se encontravam satisfeitos foram substituídos pelos testes não-paramétricos alternativos o teste de Mann-Whitney. Para facilidade de interpretação são apresentadas nas estatísticas descritivas os valores das médias e não os valores das ordens médias.

Os dados foram tratados informaticamente. A análise estatística foi efetuada com o SPSS versão 20.0 para Windows, foi utilizado o Programa Microsoft Office Excel, na realização dos gráficos, e Microsoft Office Word na elaboração de quadros.

4. Resultados

Neste capítulo são apresentados os resultados da Análise Comparativa dos grupos hospitalares. É realizada a descrição dos dados e estes são representados sob a forma de quadros e gráficos, cumprindo os elementos simplicidade, clareza e veracidade, propostos por Reis (2008). São utilizados gráficos de barras por permitirem a comparação simultânea de duas ou mais variáveis. Segundo Fortin (2009), o diagrama de barras é utilizado para representar graficamente os dados discretos, ou seja, para os dados nominais e ordinais.

A análise comparativa das instituições em estudo foi dividida em duas fases. Numa primeira fase foi realizada uma análise das variáveis de atributo, onde estão incluídas características gerais dos hospitais, para se verificar se os grupos hospitalares são comparáveis, e posteriormente foram analisados e comparados os indicadores de desempenho selecionados para o estudo. Foram ainda aplicados testes estatísticos para compreender as diferenças entre os grupos.

Para a apresentação dos resultados a amostra de 12 hospitais foi dividida em dois grupos, aqueles que têm um processo de PAh *standartizado*, denominado como Grupo Sim PAh, e aqueles que não têm este processo, denominado de Grupo Não PAh. Fazem parte do Grupo Não PAh os seguintes hospitais: ULSCB, HCC, HDS, HRS, HESE e HD. Os hospitais do Grupo Sim PAh são o HSMM, o HDFF, o HFZ, o HPFF, o HGO e o HLA, tal como se pode ver no **Quadro 5**.

Quadro 5 - Hospitais Agrupados de acordo com PAh *standartizado*

Grupo de Hospitais	
Grupo Não PAh	Grupo Sim PAh
ULSCB	HSMM
HCC	HDFF
HDS	HFZ
HRS	HPFF
HESE	HGO
HF	HLA

Fonte: IGAS (2011)

4.1 Variáveis de Atributo

4.1.1. Região

De acordo com análise do **Gráfico 1**, três dos hospitais do Grupo Não PAh situam-se na região de LVT e os outros três estão distribuídos pela região Centro, Alentejo e Algarve, sendo que a região Norte não está presente neste grupo. No Grupo Sim PAh há dois hospitais que se encontram na região do Centro e de LVT, um hospital na região Norte e Alentejo e não há hospitais na região do Algarve.

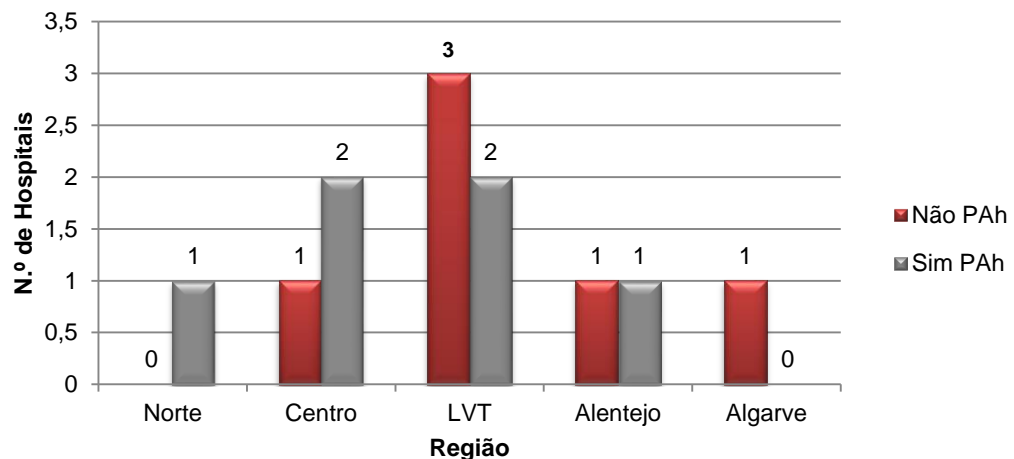


Gráfico 1 - Distribuição dos hospitais por região

Fonte: ACSS 2013

4.1.2. Índice de Case-Mix Médico

No que diz respeito à média do ICM Médico de cada um dos grupos pode-se verificar, tendo em conta a análise do **Quadro 6** e do **Gráfico 2**, que houve um aumento desta em ambos os grupos entre o ano 2006 e 2010, respetivamente de 0,750 para 0,836 no Grupo Não PAh, e de 0,721 para 0,877 no Grupo Sim PAh. No ano de 2006 a média do ICM Médico do Grupo Não PAh é superior à do Grupo Sim PAh, 0,750 e 0,721, sendo que o mesmo não se verifica no ano de 2010, em que acontece o inverso, 0,877 *versus* 0,836. Importa referir que de acordo com a **Tabela 1** do **Apêndice IV** y a diferença das médias do ICM Médico no ano de 2010 não é estatisticamente significativa, $p=0,150$.

Verifica-se ainda que as médias do ICM médico para os anos de 2006 e 2010 são inferiores a 1, a destacar que o Grupo Não PAh tem um Máximo de ICM superior a 1, em ambos os anos, e o mesmo não se verifica o Grupo Sim PAh.

Quadro 6 - ICM Médico

ICM Médico				
	Não PAh		Sim PAh	
	2006	2010	2006	2010
Média	0,750	0,836	0,721	0,877
Mínimo	0,648	0,713	0,571	0,813
Máximo	1,116	1,158	0,951	0,976

Fonte: ACSS 2012

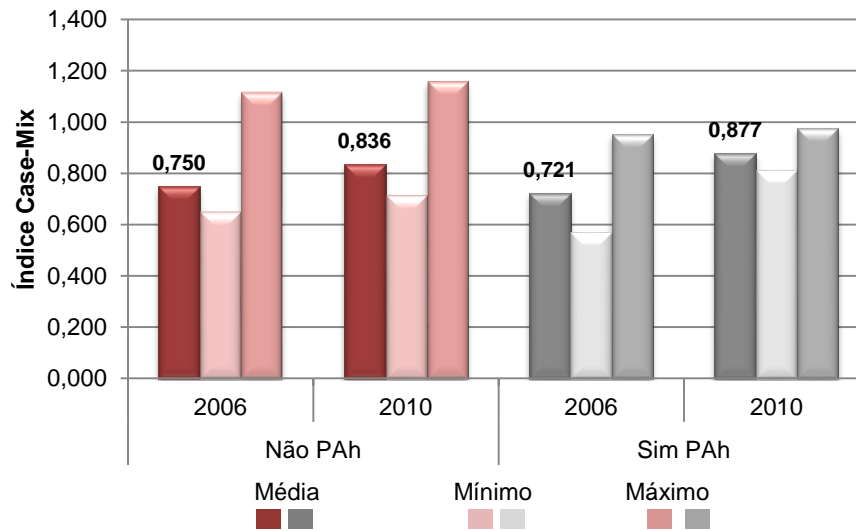


Gráfico 2 - ICM Médico

4.1.3 Atividade Assistencial

Neste subcapítulo são apresentadas as estatísticas descritivas das Atividade Assistencial em 2006 e 2010, valores Mínimo (Mín.) e Máximo (Máx.), Média (\bar{x}) e respectivo Desvio-Padrão (σ). Inicialmente são expostos os resultados para o indicador Urgência, em que os dados são relativos ao número total de doentes observados e ao número de doentes observados no serviço de urgência segundo o destino, nomeadamente internamento no próprio hospital, transferência para outro hospital, enviados para o domicílio e outros. Posteriormente é realizada uma análise do indicador Internamento, a nível da Totalidade das Especialidades (Total Esp.) das Unidades Hospitalares e também especificamente das Especialidades Médicas (Esp. Méd.) de diversos indicadores como Lotação, Doentes Saídos, Dias de Internamento, Taxa de Ocupação e Doentes Saídos/Cama.

4.1.3.1. Urgência

No **Quadro 7** é possível observar-se que do ano 2006 para o ano de 2010 houve um aumento na média do número total de doentes observados na urgência em ambos os grupos hospitalares e que esta é inferior no Grupo Não PAh, de aproximadamente 4340 observações, e superior no Grupo Sim PAh, com um aumento de aproximadamente 16565 sendo que existe nesta amostra um hospital que em 2010 não realiza urgências, nomeadamente o HFZ. Verificou-se também um aumento da média do número de doentes observados na urgência e que ficaram internados no próprio hospital em ambos os grupos hospitalares, no Grupo Sim PAh, de 1493 internamentos, e no Grupo Não PAh, de 228 internamentos.

Comparando os dois grupos hospitalares, no ano 2010, verifica-se, no mesmo **Quadro 7** e nos **Gráficos 3 e 4**, que, no ano 2010, a média Total de Observações na Urgência é superior no Grupo Sim PAh (106822,3) do que no Grupo Não PAh (105915) (diferença não estatisticamente significativa $p=0,98$), tal como o número de doentes observados e enviados para o Domicílio, 94681,3 *versus* 92581,2, respetivamente. No entanto, a média de doentes observados e internados é superior no Grupo Não PAh, 9974,5, do que no Grupo Sim PAh, 9956,7, com uma pequena diferença de aproximadamente 18 observações, não significativa ($p=0,99$), tal como a média de doentes transferidos para outro hospital, respetivamente 2902,8 *versus* 1978,7.

Quadro 7 - Atividade Assistencial - Urgência

	Ano	N	Não PAh				Sim PAh			
			Mín.	Máx.	\bar{x}	σ	Mín.	Máx.	\bar{x}	σ
Total Observações	2006	6	64529	134658	101575,3	26314	38898	154353	90256,7	41479
	2010	6	73758	148131	105915	29280	0	274210	106822,3	95819
Internamento	2006	6	6553	16580	9746,5	3968,2	1515	21841	8463,5	8591,3
	2010	6	6611	16709	9974,5	3838,5	0	24626	9956,7	11318
Transferência de Hospital	2006	6	514	6564	2592,3	2659,8	1260	5607	2663,3	1615,8
	2010	6	511	8305	2902,8	2973,2	0	4183	1978,7	1352,2
Domicílio	2006	6	54751	116776	89088,3	23337	19442	134202	66613,3	41007
	2010	6	66565	129546	92841,2	25673	0	247608	94681,3	85314
Outros	2006	6	92	207	148,2	55	38	528	153,8	185,2
	2010	6	71	325	196,5	87,6	0	905	205,7	345,6

Fonte: DGS 2006 e 2010

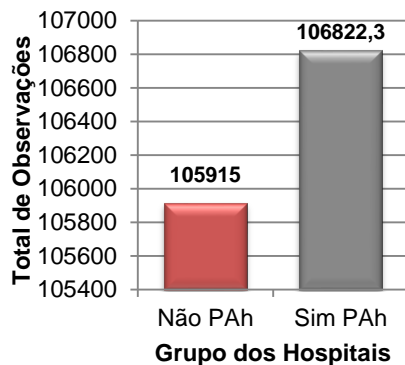


Gráfico 3 - Urgência - Total de Observações 2010

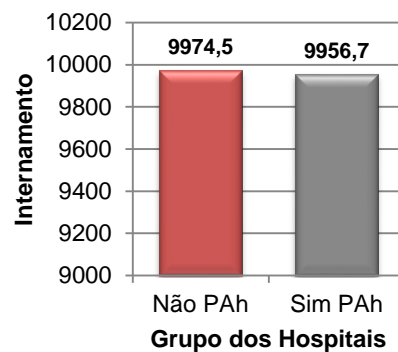


Gráfico 4 - Urgência – Internamento 2010

4.1.3.2 Internamento

Neste subcapítulo é realizada uma apreciação geral da Atividade Assistencial relativa ao Internamento para a Total. Esp., **Quadro 8**, e mais detalhada do Internamento para a Esp. Méd., **Quadro 9**, pois segundo Dias *et al.* (2002), citado por Jordão (2010), a frequência de RnH nestes serviços indica um predomínio de doentes que necessitam duma maior atenção no PAh.

Na Total. Esp. quanto à evolução do ano 2006 para 2010 verifica-se que houve uma redução da Lotação no Grupo Não PAh e um aumento no Grupo Sim PAh; o número de Doentes Saídos aumentou no Grupo Não PAh e diminuiu no Grupo Sim PAh, tal como o rácio médio de Doentes Saídos/Cama que aumentou no Grupo Não PAh, de 37 para 39,7, e diminuiu no Grupo Sim PAh, de 41,7 para 37,3. A média de Dias de Internamento e da Taxa de Ocupação aumentou em ambos os grupos.

Comparando os dois grupos hospitalares, quanto ao ano de 2010, observa-se no mesmo **Quadro 8** que a Lotação média do Grupo Não PAh, 347,3, é superior à do Grupo Sim PAh, 301,3, com uma diferença de 46 camas, tal como a média do número de Doentes Saídos, com uma diferença de 497,5. O mesmo se verifica relativamente à média dos Dias de Internamento e à Taxa de Ocupação, com uma pequena diferença de 84,5% *versus* 81,7%, e ainda quanto ao rácio médio de Doentes Saídos por Cama. No entanto, as diferenças entre os grupos quanto aos indicadores expostos não são estatisticamente significativas ($p>0,05$), como se pode ver no **Apêndice IV**.

Quadro 8 - Internamento - Totalidade das Especialidades

	Ano	N	Não PAh				Sim PAh			
			Mín.	Máx.	\bar{x}	σ	Mín.	Máx.	\bar{x}	σ
Lotação	2006	6	211	491	365,5	96,7	79	758	288,8	276,5
	2010	6	211	481	347,3	90,1	54	748	301,3	301,7
Doentes Saídos	2006	6	10241	19306	13298	3727,3	2515	33408	13231,3	13550,8
	2010	6	9969	19974	13695,7	3889,2	1080	39391	13198,2	15189,9
Dias Internamento	2006	6	69042	148662	104846	31008,3	16603	218054	86706,2	87142,7
	2010	6	70713	163405	107889	36789,9	14278	260195	95954,5	102016,7
Taxa Ocupação	2006	6	65	90	78,8	8,9	58	98	77,2	14,1
	2010	6	64	94	84,5	12,5	72	95	81,2	10,1
Doentes Saídos/Cama	2006	6	29	48	37	7,4	32	55	41,7	8
	2010	6	33	49	39,7	6,1	20	53	37,3	11,1

Fonte: DGS 2006 e 2010

Relativamente às Esp. Méd., comparando a evolução dos grupos do ano 2006 para 2010, é possível apurar no **Quadro 9** que houve uma diminuição da média da Lotação no Grupo Não PAh e um aumento no Grupo Sim PAh; a média de Doentes Saídos, da Taxa de Ocupação e dos Doentes Saídos por Cama aumentou no Grupo Não PAh e diminuiu no Grupo Sim PAh; e a média dos Dias de Internamento aumentou em ambos os grupos hospitalares. No Grupo Sim PAh assistiu-se a uma redução da média do número de Doentes Saídos, contudo esta redução não foi acompanhada por uma redução do número de Dias de Internamento.

Quanto à comparação das médias dos grupos hospitalares, no ano 2010, verifica-se que a Lotação, é superior no Grupo Não PAh (175,3) do que no Grupo Sim PAh (148,3), com uma diferença de 27 camas, tal como a média do número de Doentes Saídos (6695,5 *versus* 5519), **Gráfico 3**. No que respeita à média dos Dias de Internamento, **Gráfico 4**, também é mais elevada no Grupo Não PAh (59390,7 *versus* 52540) (diferença não estatisticamente significativa, $p=0,793$, **Tabela 2** no **Apêndice V1**). Relativamente à Taxa de Ocupação a média desta é menor no Grupo Não PAh (92,8%) do que no Grupo Sim PAh (93,7%), com uma diferença de apenas 0,9%, sendo que no Grupo Sim PAh houve uma redução de 2006 para 2010 enquanto no Grupo Não PAh houve um aumento (diferença não estatisticamente significativa, ($p=0,919$), **Tabela 3** no **Apêndice IV**). Por último quanto ao rácio médio de Doentes Saídos/Cama, **Gráfico 5**, evidencia-se que este é mais elevado no Grupo Não PAh do

que no Grupo Sim PAh (39,83 *versus* 35,00), embora a diferença não seja estatisticamente significativa, ($p=0,406$), Tabela 4 no Apêndice IV.

Quadro 9 - Internamento - Especialidades Médicas

	Ano	N	Não PAh				Sim PAh			
			Mín.	Máx.	\bar{x}	σ	Mín.	Máx.	\bar{x}	σ
Lotação	2006	6	100	249	181,3	54,2	43	366	133,2	129,6
	2010	6	100	255	175,3	55,9	16	388	148,3	152,5
Doentes Saídos	2006	6	3694	8157	6168,2	1708,5	1276	14294	5639,7	5750,4
	2010	6	4842	9142	6695,5	1811,6	298	15492	5519	5874,3
Dias Internamento	2006	6	37134	74851	55465,2	16734,1	11054	115990	47676,5	47033,9
	2010	6	37209	88538	59390,7	21550,8	4999	151737	52540	57401,6
Taxa Ocupação	2006	6	72	102	84,7	10,7	70	131	93,8	23,9
	2010	6	71	115	92,8	16	81	107	93,7	11,1
Doentes Saídos/Cama	2006	6	20	54	35,8	11,7	30	69	40,2	14,5
	2010	6	31	58	39,8	10,3	19	45	35	9

Fonte: DGS 2006 e 2010

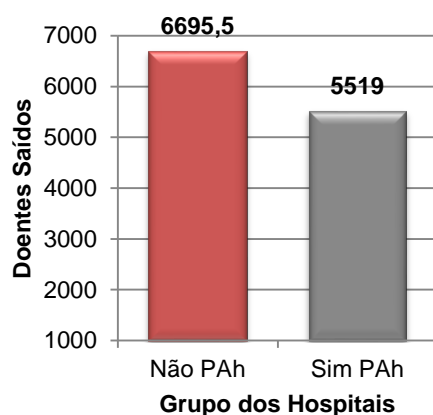


Gráfico 3 - Esp. Méd. – Doentes Saídos 2010

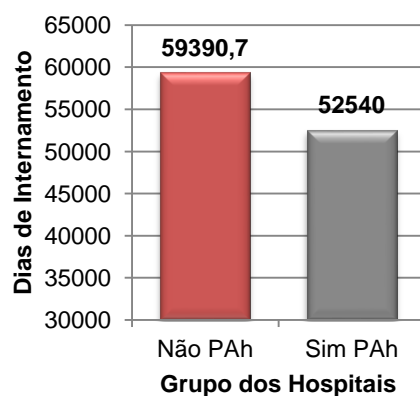


Gráfico 4 - Esp. Méd. – Dias de Internamento 2010

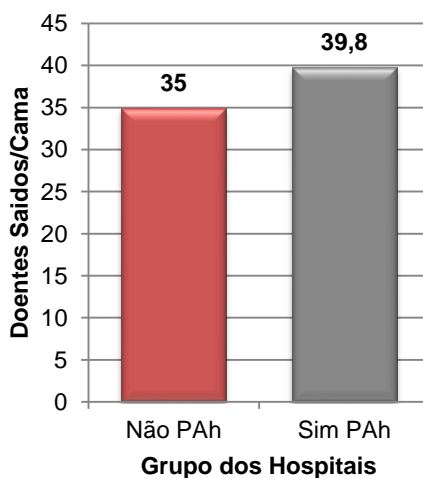


Gráfico 5 - Esp. Méd. - Doentes Saídos/Cama 2010

4.1.4 Recursos Humanos

4.1.4.1 Total por Grupo Profissional

De acordo com o Quadro 10 e o Gráfico 6, a média do número de profissionais Médicos e Enfermeiros aumentou, do ano 2006 para 2010, em ambos os grupos hospitalares, e no Grupo Profissional Outros verificou-se uma redução.

Em 2010, entre Médicos e Enfermeiros, o pessoal de enfermagem constituía o grupo mais numeroso de trabalhadores em ambos os grupos hospitalares, sendo este número superior no Grupo Não PAh (466) do que no Grupo Sim PAh (380). A média do número de Médicos e de Outros também é superior no Grupo Não PAh.

Quadro 10 - Recursos Humanos: Total por Grupo Profissional

Não PAh							Sim PAh			
	Ano	N	Mín.	Máx.	\bar{x}	σ	Mín.	Máx.	\bar{x}	σ
Médicos	2006	6	106	321	216	89	25	471	188	195
	2010	6	107	369	238	106	17	480	195	216
Enfermeiros	2006	6	244	616	435	127	65	821	324	291
	2010	6	223	794	466	193	47	917	380	368
Outros	2006	6	368	1026	666	240	102	1087	568	425
	2010	6	313	1168	659	319	80	1211	543	512

Fonte: DGS 2006 e 2010

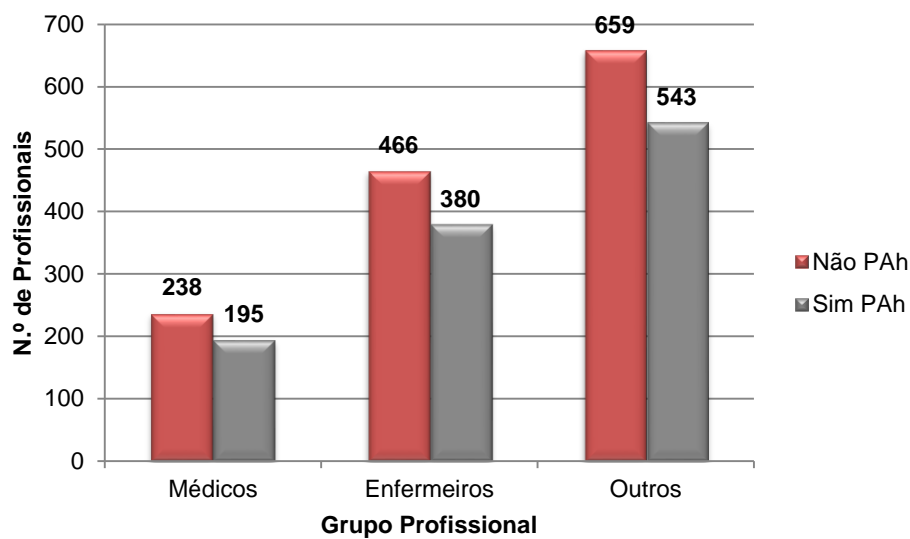


Gráfico 6 - Recursos Humanos: Total por Grupo Profissional 2010

4.1.4.2 Capacidade por Cama

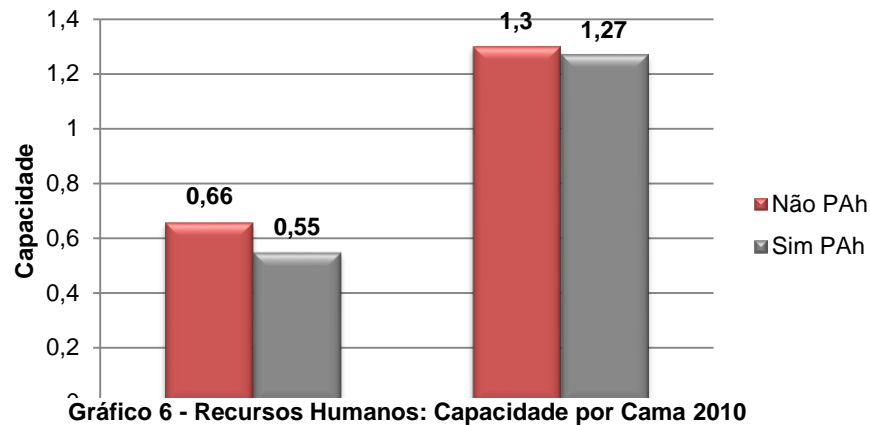
O Quadro 11 e o Gráfico 6 dizem respeito ao rácio Médico e Enfermeiro por cama, para a Lotação do Internamento da Total. Esp., observando-se que de 2006 para 2010 houve um aumento deste em ambos os grupos hospitalares relativamente ao pessoal de enfermagem. Quanto ao pessoal médico houve um aumento deste rácio no Grupo Não PAh e uma redução no Grupo Sim PAh.

Quanto ao ano 2010 o Grupo Não PAh tem um maior rácio de profissionais por cama do que o Grupo Sim PAh, tanto a nível de médicos como enfermeiros, respetivamente 0,66 *versus* 0,55 e 1,30 *versus* 1,27. No entanto as diferenças na capacidade entre os grupos hospitalares não são estatisticamente significativas ($p > 0,05$, Tabela 5 no Apêndice IV).

Pode-se ainda apurar que o grupo profissional de enfermagem é o grupo com maior rácio por cama em ambos os grupos hospitalares.

Quadro 11 - Recursos Humanos: Capacidade por Cama

	Ano	N	Não PAh				Sim PAh			
			Mín.	Máx.	\bar{x}	σ	Mín.	Máx.	\bar{x}	σ
Médico/Cama	2006	6	0,34	0,76	0,58	0,14	0,32	0,95	0,59	0,52
	2010	6	0,35	0,89	0,66	0,19	0,31	0,74	0,55	0,52
Enfermeiro/Cama	2006	6	1,13	1,27	1,18	0,06	0,70	1,69	1,21	0,52
	2010	6	1,06	1,65	1,30	0,23	0,87	1,63	1,27	0,41



4.2 Variáveis de Investigação

4.2.1 Taxa de Reinternamento

Relativamente à Taxa de Reinternamento dos grupos hospitalares para o ano 2010 é possível verificar pela leitura do **Quadro 12** e do **Gráfico 7** que o Grupo Sim PAh apresenta um Mínimo de Taxa de Reinternamento bastante inferior ao do Grupo Não PAh, 1,43% *versus* 5,87%, e que a média da Taxa de Reinternamento é maior no Grupo Não PAh (8,39%) do que no Grupo Sim PAh (7,48%), embora a diferença não seja estatisticamente significativa, $p=0,631$, não se podendo assim rejeitar a hipótese nula (**Tabela 6** no Apêndice IV).

Quadro 12 - Taxa de Reinternamento 2010

Taxa de Reinternamento - Ano 2010					
	N	Mín.	Máx.	\bar{x}	σ
Não PAh	6	5,87	10,52	8,39	1,61
Sim PAh	6	1,43	10,1	7,48	3,09

Fonte: ACSS 2012

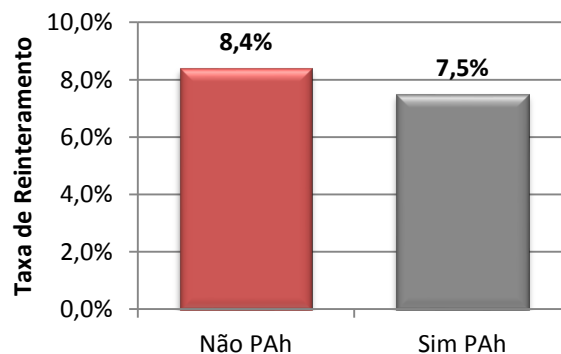


Gráfico 7 - Taxa de Reinternamento 2010

4.2.2 Demora Média

A evolução da DM, entre os anos 2006 e 2010, a nível da Total. Esp. pode ser observada no **Quadro 13** e no **Gráfico 8**. Em 2006 a média deste indicador é menor no Grupo Sim PAh, de 6,8 dias. No Grupo Não PAh verifica-se que este valor apresentou algumas oscilações entre o ano 2006 e 2010, nomeadamente uma redução de 2006 para 2007 e, posteriormente, foi aumentando. No Grupo Sim PAh houve um aumento significativo e gradual da DM de 2006 para 2010, de 1,7 dias.

Em 2010 verifica-se que o grupo com uma DM superior é o Grupo Sim PAh de 8,5 *versus* 7,8, embora a diferença não seja estatisticamente significativa, $p=0,930$, não se podendo rejeitar a hipótese nula (**Tabela 6** no **Apêndice IV**).

Quadro 13 - Demora Média: Total. Esp.

Demora Média - Totalidade das Especialidades									
Não PAh						Sim PAh			
Ano	N	Mín.	Máx.	\bar{x}	σ	Mín.	Máx.	\bar{x}	σ
2006	6	6,7	9,9	7,9	1,3	5,8	8,7	6,8	1,2
2007	6	5,7	7,7	6,9	0,9	6,2	8,8	7,3	1,2
2008	6	6,2	9,5	7,6	1,4	6,4	8,0	7,1	0,9
2009	6	6,9	8,6	7,5	0,8	6,8	8,0	7,3	0,5
2010	6	6,9	9,7	7,8	1,1	6,6	13,2	8,5	2,3

Fonte: ACSS e DGS 2010

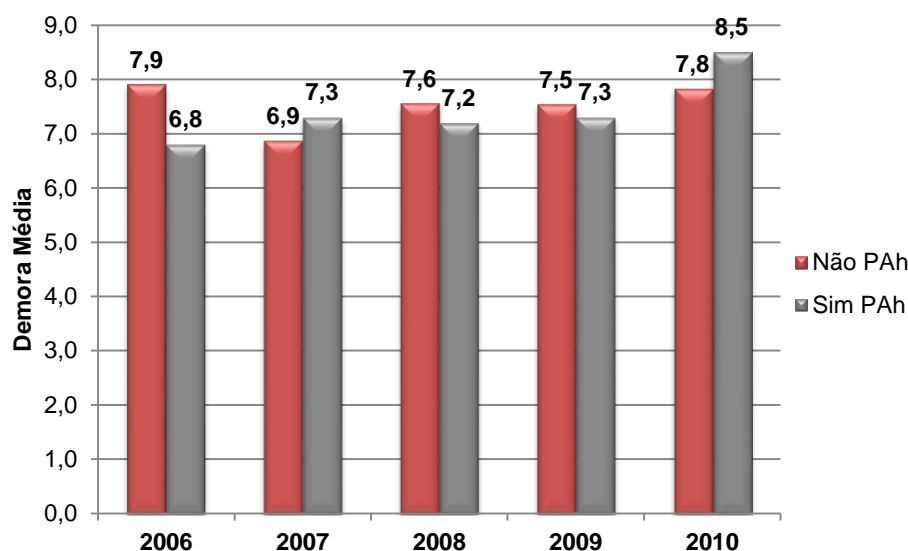


Gráfico 8 – Evolução Demora Média: Total. Esp.

No **Quadro 14** e **Gráfico 9** observa-se que a média da DM ao longo dos anos nas Esp. Méd. é superior que na Total. Esp. em ambos os grupos hospitalares. Em 2006 esta média é mais uma vez inferior no Grupo Sim PAh do que no Grupo Não PAh (8,9 *versus* 9,2), sendo que o mesmo não se verifica em 2010. Houve um decréscimo da DM no Grupo Não PAh entre os anos 2006 e 2010, de 9,2 para 8,8, e um aumento da mesma no Grupo Sim PAh de 8,9 para 10,4.

Em 2010 a DM é mais uma vez superior no Grupo Sim PAh (10,4) do que no Grupo Não PAh (8,8), com uma diferença de 1,6 dias mas no entanto, a diferença não é estatisticamente significativa, $p = 0,162$ e a hipótese nula não é rejeitada (**Tabela 6** no **Apêndice IV**).

Quadro 14 - Demora Média: Esp. Méd.

Demora Média – Especialidades Médicas									
Não PAh						Sim PAh			
Ano	N	Mín.	Máx.	\bar{x}	σ	Mín.	Máx.	\bar{x}	σ
2006	6	6,9	13,5	9,2	1,3	7	12,4	8,9	1,2
2007	6	7,2	11,9	9,0	0,9	8,3	13,2	9,9	1,2
2008	6	7,4	11,2	8,9	1,4	8	10,9	9,4	0,9
2009	6	7,2	9,5	8,4	0,8	8	14,2	9,6	0,5
2010	6	7,3	11,3	8,8	1,1	8,7	16,8	10,4	2,3

Fonte: ACSS e DGS 2010

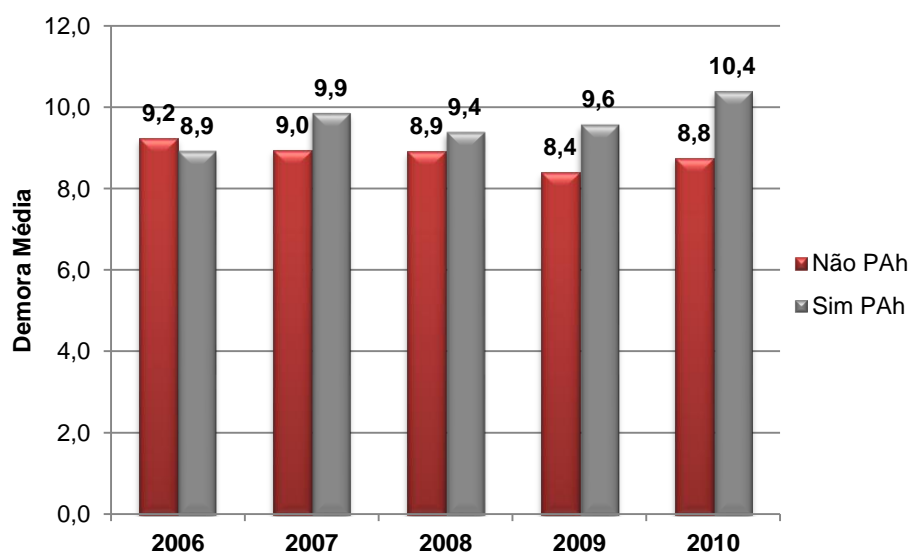


Gráfico 9 – Evolução Demora Média: Esp. Méd.

5. Discussão

5.1 Discussão dos Resultados

Neste capítulo são relacionados os resultados obtidos com o problema, confrontando-se com o enquadramento teórico.

Para compreender o problema em estudo foi realizada uma análise comparativa dos indicadores de desempenho entre dois grupos hospitalares em que diferiam no facto de um grupo ter um processo de PAh *standartizado*, tal como é recomendado pela IGAS (2011). Partindo do pressuposto que um PAh é fundamental para a redução dos tempos de internamento e do número de RnH, tal como foi referido pela DGS (2004).

Para se proceder à análise comparativa dos indicadores de desempenho seleccionados para o presente trabalho foi necessário conhecer as algumas das características gerais dos grupos hospitalares, analisá-las estatisticamente e verificar se os grupos eram comparáveis.

Para a análise das características foram utilizados um conjunto de indicadores relativos à Região onde as unidades hospitalares estão inseridas; ao consumo de recursos hospitalares, ponderado através do ICM Médico; à Atividade Assistencial a nível das Urgências e do Internamento, para a Total. Esp. e, mais detalhadamente, para as Esp. Méd.; e a nível dos Recursos Humanos. Na comparação destes indicadores foram utilizados testes estatísticos, para verificar se a existência de diferenças entre as médias dos grupos hospitalares eram significativas ou se os grupos eram comparáveis.

Quanto à Região, onde estão inseridos os grupos hospitalares, observou-se um predomínio na região de LVT, nomeadamente três hospitais do Grupo Não PAh e dois do Grupo Sim PAh. Na região do Norte apenas havia um hospital e era do Grupo Sim PAh. Esta distribuição dos hospitais pode ter impacto nos resultados do estudo, nomeadamente na DM, uma vez que os tempos de internamento até à identificação de vaga na RNCCI são menos significativos no Norte do que na região de LVT, tal como afirma o Tribunal de Contas (2009). No entanto, possivelmente pelo tamanho reduzido da amostra, a diferença entre a distribuição por região dos grupos hospitalares não é estatisticamente significativa.

Relativamente à média do ICM Médico dos grupos hospitalares, para os anos de 2006 e 2010, verifica-se que esta é inferior a 1, o que significa que em média

ambos os grupos de hospitais tratam doentes agrupados em GDH com um peso relativo inferior ao padrão nacional (Santana, 2005).

No ano de 2006 o ICM Médico do Grupo Não PAh é superior ao do Grupo Sim PAh, 0,750 *versus* 0,721, ou seja o Grupo Não PAh apresentou uma maior proporção de doentes com patologias complexas e consequentemente mais consumidoras de recursos, relativamente ao Grupo Sim PAh (Borges, 1999). O mesmo não se apurou no ano de 2010, em que acontece o inverso, o Grupo Sim PAh tem maior consumo de recursos que o Grupo Não PAh, respetivamente 0,877 *versus* 0,836, mas tendo em conta que a diferença da média do ICM Médico entre os grupos não é estatisticamente significativa, verifica-se que os grupos hospitalares tinham uma igual proporção de doentes com patologias complexas e de consumo de recursos.

Uma vez que ao longo do trabalho é realizada uma diferenciação entre os dados da Total. Esp. e das Esp. Méd. a autora gostaria de ter analisado a evolução do ICM do internamento, onde estão incluídos os episódios médicos e cirúrgicos, para além do Internamento Médico, mas não foi possível aceder a esses dados relativos ao ano 2006, pois os Contratos Programa dos hospitais desse ano, fonte onde se acedeu aos dados, apenas continham o ICM para GDH Médicos.

Quanto à Atividade Assistencial na Urgência verificou-se que não existiam diferenças estatisticamente significativas entre os grupos ($p > 0,05$) tanto quanto à média do Total de Observações na Urgência, como à média do número de doentes observados na urgência e Internados.

Relativamente ao Internamento, pode-se observar no **Quadro 15**, que a percentagem da Lotação, Doentes Saídos e Dias de Internamento das Esp. Méd. na Total. Esp., para o ano 2010, é elevada nos três indicadores. A média da Lotação das Esp. Méd. corresponde a 50,5% e 49,2% da Total. Esp., Grupo Não PAh e Grupo Sim PAh, respetivamente; a média de Doentes Saídos da Esp. Méd. corresponde a 48,9% e 41,8% da Total. Esp., Grupo Não PAh e Grupo Sim PAh, respetivamente; e por último, a média dos Dias de Internamento das Esp. Méd. corresponde a 55,1% e 54,8% da Total. Esp., Grupo Não PAh e Grupo Sim PAh, respetivamente.

Quadro 15 - % dos Indicadores das Esp. Méd. na Total. Esp.

	Não PAh	Sim PAh
Lotação	50,48	49,22
Doentes Saídos	48,89	41,82
Dias Internamento	55,05	54,76

Foram analisados mais detalhadamente os indicadores relativos às características hospitalares do Internamento das Esp. Méd., que apresentam maior impacto nos indicadores de desempenho, de acordo Dias *et al.* (2002), citado por Jordão (2010), nomeadamente Lotação, Dias de Internamento, Doentes Saídos, Taxa de Ocupação e rácio de Doentes Saídos/Cama e verificou-se que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos ($p>0,05$).

Nas Esp. Méd. de 2006 para 2010 houve uma diminuição da média da Lotação no Grupo Não PAh e um pequeno aumento no Grupo Sim PAh, sendo que esta variação foi acompanhada por um aumento da média de doentes internados através da Urgência, em ambos os grupos, fenómeno potencialmente gerador de pressões na gestão dos grupos hospitalares, pela necessidade de resposta ao aumento da procura de cuidados através de um uso mais eficiente das camas hospitalares, dos tempos de internamento e dos RH não programados (Scott, 2010).

Em 2010, em ambos os grupos hospitalares o grupo profissional com maior número de elementos é o de Enfermagem, tal como com maior rácio de profissional por cama. A capacidade de enfermeiros por cama é superior no Grupo Não PAh do que no Grupo Sim PAh, 1,30 *versus* 1,27 mas no entanto, as diferenças não são significativas ($p>0,05$). Para Jha, Orav e Epstein (2009) os enfermeiros são um recurso que contribui para um PAh efetivo.

De acordo com a análise das características dos hospitais, descrito anteriormente, e da comparação destas entre os grupos hospitalares, verifica-se que os grupos são diretamente comparáveis, uma vez que não existem entre eles diferenças estatisticamente significativas grupos ($p>0,05$), tal como é referido por Schneider e Schmitt (1998). Para os autores o método comparativo deve ter um momento relacionado com as semelhanças entre os fenómenos, e como tal, devem ser selecionados fenómenos que sejam comparáveis.

A **Hipótese 1** - Os hospitais com um processo de Planeamento da Alta *standartizado* têm uma Taxa de Reinternamento menor – não foi suportada estatisticamente.

De acordo com os resultados do presente trabalho a Taxa de Reinternamento do grupo dos hospitais que têm um processo de PAh *standartizado* é inferior à taxa do grupo que não tem esta *standartização*, 7,48% *versus* 8,39. Segundo Epstein (2009) uma inadequada coordenação de cuidados e um fraco PAh tem um impacto negativo

na Taxa de Reinternamento. Naylor *et al.* (1994) concluíram que a utilização de um processo de PAh completo e compreensivo reduz o RnH.

Importa referir que no presente estudo a diferença entre a Taxa de Reinternamento do grupo de hospitais que têm um processo *standartizado* de PAh e do grupo que não têm não é estatisticamente significativa ($p>0,05$), tal como no estudo realizado por Shepperd *et al.* (2008), pelo que a hipótese descrita anteriormente não é suportada. No entanto, outros autores, nomeadamente Evans e Hendricks (1993) e Parker *et al.* (2002), verificaram um efeito estatisticamente significativo entre a preparação da alta e os RnH. Kripalani *et al.* (2007) referem que um planeamento não efetivo e uma inadequada coordenação dos cuidados pode contribuir para o aumento da frequência de RnH.

Não foi possível detetar diferenças significativas nas Taxas de Reinternamento entre os grupos de hospitais, mas pode ser argumentado que o mais pequeno impacto que este processo tenha sobre a Taxa de Reinternamento permite a disponibilização de camas para a admissão atempada de doentes com necessidade de cuidados diferenciados, como afirmam Shepperd *et al.* (2008).

Perante este indicador foram consideradas um conjunto de limitações que segundo a opinião da autora não permitiram chegar a resultados mais concretos, nomeadamente:

- Não ter sido possível aceder a dados relativos à Taxa de Reinternamento dos anos de 2006 a 2009, pois permitiriam observar a evolução do indicador desde o ano da implementação das EGA nos hospitais e o seu impacto ao longo dos anos, tal como se realizou para a DM;
- Não se terem encontrado dados relativos à Taxa de Reinternamento das Esp. Méd., pois segundo Jordão (2012) a frequência de RnH de doentes destas especialidades indica uma necessidade de uma maior atenção no PAh;
- Os dados utilizados não realizarem uma distinção entre os RnH programados e não programados, na perspetiva de que existem RnH que ocorrem por uma necessidade de continuidade de cuidados e não por complicações que podem ser prevenidas (Jordão, 2012), sendo que segundo Scott (2010) 90% dos RnH são não programados e 80% estão relacionados com uma complicação médica.

A **Hipótese 2** - Os hospitais com um processo de Planeamento de Alta *standartizado* têm uma Demora Média menor – não foi suportada estatisticamente.

A nível da Total. Esp. verificou-se que a DM em 2010 é superior no Grupo Sim PAh (8,5) do que no Grupo Não PAh (7,8), com uma diferença de 0,7 dias, sendo que esta diferença não é estatisticamente significativa ($p>0,05$). Quanto à DM em 2010 das Esp. Méd. constatou-se que esta é superior à média da Total. Esp. e que mais uma vez o Grupo Não PAh (8,8) apresenta uma média inferior à do Grupo Sim PAh (10,4), com uma diferença de 1,6 dias, mas mais uma vez a diferença não é estatisticamente significativa ($p>0,05$).

Os resultados do presente trabalho relativamente à DM vão contra o estudo realizado por Parfrey *et al.* (1994) em que verificaram uma redução significativa na DM em doentes que receberam um PAh.

Verificou-se uma diminuição da DM entre 2007 e 2008, tanto no Grupo Não PAh como no Grupo Sim PAh, sendo que esta diminuição foi mais significativa no Grupo Sim PAh. Tal facto contraria o que foi dito pelo Tribunal de Contas (2009) relativo a aumento da DM de 2007 para 2008, ano em que a RNCCI se consolidou, em que concluiu que esta não terá causado impacto na DM.

A autora considerou que teria sido interessante compreender a situação social dos doentes internados nos grupos hospitalares para se observar se esta tinha relação com os resultados obtidos na DM, tendo em conta o que foi dito por Gomes, Almeida e Rebelo (2002) citado por Marques (2005), apesar da alta médica, por vezes, a saída dos doentes é adiada devido à situação social do mesmo não se encontrar resolvida. A compreensão da situação social também teria sido interessante na análise da Taxa de Reinternamento, nomeadamente através do impacto que a reintegração na comunidade pode ter nesta taxa.

O não conhecimento da situação social dos doentes internados foi considerado uma limitação do estudo e ainda a não diferenciação das especialidades na Taxa de Reinternamento, ou seja Total. Esp. e Esp. Méd., como se realizou para a DM. Ainda, não se terem obtido dados dos indicadores em estudo das diferentes especialidades médicas, uma vez que os doentes nos diferentes serviços têm patologias específicas, tal como é referido por Shepperd *et al.* (2008). Tendo isto em conta, também teria sido interessante conhecer as patologias mais comuns nos serviços de especialidades médicas.

Outra limitação considerada foi a não disponibilização pela RNCCI de dados relativos à sinalização de doentes à EGA e à referenciação realizada por estas, como parte do PAh, e que poderia esclarecer alguns dos resultados obtidos relativos à DM,

tendo em conta que os tempos de sinalização e referenciação são bastante elevados de acordo com a UCCI (2011).

A análise do impacto do PAh nos indicadores de desempenho hospitalar, nomeadamente Taxa de Reinternamento e DM, foi inconclusiva neste trabalho.

No entanto esta análise é recomendada pelo Grupo Técnico para a Reforma Hospitalar (GTRH) (2011), criado pelo Ministério da Saúde. Segundo os mesmos, os hospitais e outras unidades devem utilizar um processo de PAh, com supervisão e controlo da gestão de topo através de indicadores de resultados.

5.2 Outras Limitações

No decorrer da elaboração de trabalhos científicos é usual ocorrerem determinados condicionamentos, quer no âmbito da pesquisa, aceitabilidade e disponibilidade dos participantes ou incidentes espaço-temporais.

Ao longo do trabalho foram encontrados algumas limitações, mas que foram ultrapassadas, tendo-se delas retirado importantes aprendizagens.

Inicialmente a autora pretendia estudar apenas duas unidades hospitalares em que diferissem no facto de terem um processo de PAh. No entanto com o decorrer da elaboração do trabalho encontrou diversas dificuldades na obtenção de dados relativos a essas instituições, uma vez que eram dados muito específicos, e como tal não facilitava o acesso aos mesmos, pelo que optou por aumentar a amostra do estudo.

Destaca-se como principal limitação a insuficiência de sistemas de informação onde se encontre disponível informação relacionada com o tema, nomeadamente dados sobre as taxas de reinternamento hospitalar e de sinalização e referenciação dos doentes à RNCCI, ficando os investigadores dependentes de resposta das entidades responsáveis para o acesso a esses dados, não sendo esta resposta, por vezes, obtida atempadamente, tal como foi o caso neste trabalho.

Outra limitação está relacionada com o facto de não ter sido estudada a totalidade da população seleccionada para o estudo, nomeadamente os hospitais do SNS, ou uma amostra mais significativa, pois permitiria que os resultados fossem extrapolados.

O fator tempo, que condicionou os *timings* estabelecidos para a realização de algumas das etapas deste trabalho, foi considerada uma limitação, e ainda a pouca

experiência da autora na realização de estudos de investigação, o que obrigou a um esforço acrescido na análise dos resultados obtidos.

Por fim, o facto de não terem sido encontrados muitos estudos de investigação relacionados especificamente com o presente tema.

6. Conclusão

Neste capítulo a autora apresenta as conclusões mais pertinentes do seu estudo de investigação, face aos resultados obtidos. Efetua a síntese do conjunto dos resultados discutidos e que colocam em evidência novos elementos.

Seguindo uma abordagem quantitativa, foi realizada uma análise comparativa, em que a questão inicial foi: Qual o Impacto do PAh nos Indicadores de Desempenho. Nesta perspetiva, o objetivo estabelecido foi conhecer o impacto do planeamento da alta hospitalar nos indicadores de desempenho, nomeadamente Taxa de Reinternamento e DM.

Foram estudados dois grupos hospitalares, cada um constituído por seis hospitais, em que diferiam no facto de um deles ter um processo de planeamento de alta hospitalar *standartizado*.

Foram levantadas duas hipóteses iniciais, sendo estas que o grupo que tem um processo de PAh *standartizado* tem uma menor Taxa de Reinternamento hospitalar e uma menor DM.

Relativamente à Taxa de Reinternamento verificou-se, ao comparar os grupos hospitalares, que o grupo que tinha um processo de planeamento de alta *standartizado* apresentava uma Taxa de Reinternamento menor, tal como se previa tendo em conta o enquadramento teórico. Quanto à DM, o grupo hospitalar que não tinha um processo de planeamento de alta *standartizado* apresentava uma DM inferior, ao contrário do que se esperava. No entanto, no final, apurou-se que as diferenças entre os grupos não eram estatisticamente significativas.

Concluiu-se assim que a utilização de um processo de PAh *standartizado* não tem impacto nos indicadores de desempenho, pelo que não se pôde confirmar as hipóteses descritas anteriormente, ou seja, a existência de um processo de PAh *standartizado* não reduz as Taxas de Reinternamento e não reduz a DM hospitalar. No entanto tendo em conta dimensão da amostra estudada, e desta não ser representativa da população, os resultados obtidos não podem ser extrapolados.

A principal conclusão que se retira do presente trabalho é que o tema do desempenho hospitalar é um tema bastante complexo, que depende de múltiplos fatores, como características dos doentes e dos hospitais, tal como se pôde compreender através da literatura, e não apenas do planeamento das altas.

O impacto esperado, e mencionado anteriormente, não foi comprovado, mas pode-se concluir que a existência de um processo de PAh *standartizado* não tem efeitos adversos nos resultados dos indicadores de desempenho hospitalar.

Foi possível compreender através da revisão da literatura que o PAh é um processo de importância para saúde dos doentes e para a qualidade dos cuidados prestados nas unidades hospitalares.

Com a realização do presente trabalho conheceram-se um conjunto de benefícios com a implementação do processo de PAh, e que contribuem para a qualidade da alta hospitalar, nomeadamente o facto de: permitir aos doentes e respetiva família terem um conhecimento atempado do dia de alta, tendo assim oportunidade de esclarecer as suas dúvidas e prepararem-se para o período pós- alta; permitir que as necessidades dos doentes e família sejam conhecidas, pois há um levantamento de informação prévio ao momento de alta; facilitar a transferência de cuidados de uma instituição para outra, ou para o domicílio; permitir colmatar o *gap* existente entre os diferentes níveis de cuidados, secundários e primários, nomeadamente na duplicação de esforços; e por último, sendo este um serviço valorizado pela comunidade contribui para uma maior satisfação dos doentes.

Outros aspetos a ter em conta é o facto de a normalização ou *standartização* do processo, facilitar o seu reconhecimento, especialmente por parte dos profissionais, aumentando assim a hipótese da sua utilização; permitir que a sua aplicação adequada, uma vez que é elaborado com base em princípios científicos e previamente definidos; e por fim, permitir que seja aplicado a todos os doentes internados de igual forma, seguindo o princípio da universalidade definido pelo SNS, e posteriormente adaptado à condição de cada um, seja física, psíquica ou social.

Com o presente trabalho concluiu-se que o PAh não tem impacto sobre a Taxa de Reinternamento e a DM, no entanto pode ser argumentado que mesmo uma pequena redução da Taxa de Reinternamento nos hospitais pode ter um impacto na utilização das camas hospitalares, na medida em que há mais camas disponíveis para o internamento de situações de urgência, tendo em conta a taxa de ocupação elevada de ambos os grupos hospitalares.

Segundo a autora seria interessante fazer um levantamento sobre a existência do processo de planeamento de alta *standartizado* na totalidade dos hospitais do SNS e verificar se após o estudo realizado pelo IGAS em 2011 houve uma maior adesão, tendo em conta a importância da sua existência.

Outras investigações que segundo a autora seriam de interesse nesta área são:

- Um estudo sobre o impacto de uma alta tardia ou inadequada na taxa de ocupação hospitalar, refletindo sobre o tema das altas sociais, uma vez que atualmente a população portuguesa está mais idosa, mais doente e mais pobre, recorrendo cada vez mais ao apoio social, que por sua vez é limitado na capacidade de resposta.

- Outro aspeto interessante a ser estudado e relacionado com o planeamento das altas, que pode ter impacto também nos indicadores de desempenho, é a efetividade da comunicação entre o hospital e a comunidade, seja através da carta de alta, tanto de enfermagem como médica, e que faz parte do planeamento da alta, seja diretamente/pessoalmente entre os profissionais de saúde dos níveis secundários e primários. A comunicação entre profissionais é relevante numa perspetiva da garantia da continuidade de cuidados, que os doentes têm alta no momento adequado e com os cuidados pós-alta necessários assegurados.

- Conhecer o impacto do planeamento de altas nos custos hospitalares.

A autora considera que os resultados obtidos vieram dar resposta à sua questão de investigação e que o objetivo delineado, inicialmente, foi alcançado. As metas traçadas no cronograma foram cumpridas, com alguma flexibilidade e ajustes.

Realizando uma retrospectiva quanto à elaboração deste estudo, a autora considera que todo o desenho de investigação foi elaborado e cumprido de forma rigorosa e autêntica. Foi um trabalho que deu à autora prazer em realizar, sendo que, cada nova etapa vencida e ultrapassada deu a motivação necessária para prosseguir em frente. Apesar das dificuldades sentidas, a autora considera que este estudo proporcionou uma aprendizagem enriquecedora na área de investigação quantitativa.

7. Referências Bibliográficas

- ADMINISTRAÇÃO CENTRAL DO SISTEMA DE SAÚDE E FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DO PORTO. – Reinternamento. Portal de Codificação e dos GDH. Administração Central do Sistema de Saúde e Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. (2010). [Consult. 3 Jan. 2013]. Disponível em http://bdjur.almedina.net/item.php?field=node_id&value=1415583.
- ADMINISTRAÇÃO CENTRAL DO SISTEMA DE SAÚDE. – Metodologia do Contrato-Programa 2012. Lisboa: Administração Central do Sistema de Saúde, 2012. [Consult. 27 Jun. 2012]. Disponível em http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/20120116_Metodologia_2012.pdf.
- ADMINISTRAÇÃO CENTRAL DO SISTEMA DE SAÚDE. – Rede Hospitalar do SNS. Lisboa: Administração Central do Sistema de Saúde, 2013. [Consult. 12 Feb. 2013]. Disponível em <http://www.acss.min-saude.pt/%C3%81reaseUnidades/InvestimentosInstalEquipamentos/Destaques/SistNacionalIdentifInstitui%C3%A7%C3%B5esSistSa%C3%BAde/RedeHospitalardoSNS/tabid/318/language/pt-PT/Default.aspx>.
- ADMINISTRAÇÃO CENTRAL DO SISTEMA DE SAÚDE. – Sistema Classificação de Doentes em Grupos de Diagnósticos Homogéneos (GDH): Informação de Retorno – Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca – Ano 2007. Lisboa: Administração Central dos Sistema de Saúde, 2009. [Consult. 14 abril 2013]. Disponível em http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/Direccoes_e_Unidades/LVT_AMAD_RR2007.pdf.
- ADMINISTRAÇÃO CENTRAL DO SISTEMA DE SAÚDE. – Sistema Classificação de Doentes em Grupos de Diagnósticos Homogéneos (GDH): Informação de Retorno – Hospital do Litoral Alentejano – Santiago do Cacém – Ano 2007. Lisboa: Administração Central dos Sistema de Saúde, 2009. [Consult. 14 abril 2013]. Disponível em http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/Direccoes_e_Unidades/LVT_CACE_RR2007.pdf.
- ADMINISTRAÇÃO CENTRAL DO SISTEMA DE SAÚDE. – Tabela Hospital. Lisboa: Administração Central dos Sistema de Saúde, 2012. [Consult. 14 abril 2013]. Disponível em https://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&cad=rja&ved=0C DYQFjAB&url=http%3A%2F%2Fwww.acss.min-saude.pt%2FPortals%2F0%2FTabelaHospital_Publicar2011_v%25204%25200_a.xlsx

&ei=cOprUfCwH6_n7Aauo4CQCQ&usg=AFQjCNFvvNrXnHCrY0wzSK1KiQo2C1aJEw
&sig2=jnJqBeSolQQmusrv5v0GHg&bvm=bv.45175338,d.ZGU

– BALABAN, R.; WEISSEMAN, J.; SAMUEL, P.; WOOLHANDLER, S. – Redefining and Redesigning Hospital Discharge to Enhance Patient Care: A Randomized Controlled Study. *Journal of General Internal Medicine*. 23:8 (2008) 1228-1233. [Consult. 22 Dez. 2012]. Disponível em http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2517968/pdf/11606_2008_Article_618.pdf.

– BARROS, P.; GOMES, J.P. – Relatório de Auditoria: Estudo Externo. Lisboa: Tribunal de Contas. (2002). [Consult. 15 Nov. 2012]. Disponível em http://www.tcontas.pt/pt/atos/rel_auditoria/2003/rel047-2003-estudo_externo-sumario.pdf

– BELL, J. Como realizar um projeto de investigação: Um guia para a pesquisa em Ciências Sociais e da Educação. (1ª ed.). Lisboa: Gradiva. (1997).

– BENBASSAT, J.; TARAGIN, M. - Hospital Readmissions as a Measure of Quality of Health Care: Advantages and Limitations. *Archives of Internal Medicine*. 160:8 (abril 2000). 1074-1081. [Consult. 28 Jan. 2013]. Disponível em <http://archinte.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=415392>.

– BENTES, M.; GONÇALVES, M.; TRANQUADA, S.; URBANO, J. – A utilização dos GDH como instrumento de financiamento hospitalar. Portal de Codificação Clínica e dos GDH. Administração Central do Sistema de Saúde e Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. (1996). [Consult. 11 Fev. 2013]. Disponível em http://portalcodgdh.min-saude.pt/index.php/A_utiliza%C3%A7%C3%A3o_dos_GDH_como_instrumento_de_financiamento_hospitalar#Descri.C3.A7.C3.A3o_do_sistema_de_financiamento_por_GDH.

– BORGES, C. – Índice de Case-Mix. Portal de Codificação e dos GDH. Administração Central do Sistema de Saúde e Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. (1999). [Consult. 27 Fev. 2013] Disponível em [http://portalcodgdh.min-saude.pt/index.php/%C3%8Dndice_de_Case-Mix_\(ICM\)](http://portalcodgdh.min-saude.pt/index.php/%C3%8Dndice_de_Case-Mix_(ICM)).

– BORGES, C.; LOPES, F. – Peso relativo dum GDH. Portal de Codificação Clínica e dos GDH. Administração Central do Sistema de Saúde e Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. (2009). [Consult. 11 Fev. 2013]. Disponível em http://portalcodgdh.min-saude.pt/index.php/Peso_relativo_dum_GDH.

- BOULDING, W.; GLICKMAN, S.; MANARY, M.; SCHULMAN, K.; STAELIN, R. – Relationship Between Patient Satisfaction With Inpatient Care and Hospital Readmission Within 30 Days. The American Journal of Managed Care. (2011). [Consult. 2 Jan. 2013]. Disponível em http://www.ajmc.com/publications/issue/2011/2011-1-vol17-n1/AJMC_11jan_Boulding_41to48/4.
- CENTRO HOSPITALAR LISBOA NORTE. – Equipa de Gestão de Altas do CHLN. Lisboa: Hospital de Santa Maria, 2012. [Consult. 27 Dez. 2012]. Disponível em http://www.hsm.min-saude.pt/Default.aspx?tabid=1507#ID_1.
- COSTA, C.; LOPES, S. – Avaliação do Desempenho dos Hospitais SA: Memorando. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública, 2005. [Consult. 27 Dez. 2012]. Disponível em http://www.hospitalsepe.min-saude.pt/NR/rdonlyres/5623DD8D-58EB-4A1F-8164-035EA1D81747/3720/Estudo_Aval_Hosp_ENSP.pdf.
- DEPARTAMENTO DE ESTUDOS E PLANEAMENTO DA SAÚDE. – Taxa de Ocupação de Camas de Internamento. Portal de Codificação Clínica e dos GDH. Administração Central do Sistema de Saúde e Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. (2002). [Consult. 11 Mar. 2013]. Disponível em http://portalcodgdh.min-saude.pt/index.php/Taxa_de_ocupa%C3%A7%C3%A3o_de_camas_de_internamento.
- DESPACHO n.º 7968/201. D.R. II Série. 107 (02-06-11) 23838. [Consult. 29 Dez. 2012]. Disponível em <http://www.rncci.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/2383823838.pdf>.
- DIAS, A.; SANTANA, S. – Cuidados integrados: um novo paradigma na prestação de cuidados de saúde. Revista Portuguesa e Brasileira de Gestão. 8:1 (março 2009). 12-20. [Consult. 10 Jul. 2012]. Disponível em http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-44642009000100003&lng=pt&nrm=iso.
- DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE. – Carta dos direitos do doente internado. Lisboa: Ministério da Saúde, Data Desconhecida. [Consult. 27 Dez. 2012]. Disponível em <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006779.pdf>.
- DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE. – Estatísticas: Centros de Saúde e Unidades Hospitalares 2010. Lisboa: Direção-Geral da Saúde, 2012. [Consult. 9 Fev. 2013]. Disponível em <http://www.dgs.pt/?cr=23451>.

- DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE. – Estatísticas: Centros de Saúde e Unidades Hospitalares 2009. Lisboa: Direção-Geral da Saúde, 2011. [Consult. 9 Fev. 2013]. Disponível em <http://www.dgs.pt/?cr=23451>.
- DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE. – Estatísticas: Centros de Saúde e Unidades Hospitalares 2008. Lisboa: Direção-Geral da Saúde, 2010. [Consult. 9 Fev. 2013]. Disponível em <http://www.dgs.pt/?cr=23451>.
- DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE. – Estatísticas: Centros de Saúde e Unidades Hospitalares 2007. Lisboa: Direção-Geral da Saúde, 2008. [Consult. 9 Fev. 2013]. Disponível em <http://www.dgs.pt/?cr=23451>.
- DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE. – Estatísticas: Centros de Saúde e Unidades Hospitalares 2006. Lisboa: Direção-Geral da Saúde, 2007. [Consult. 9 Fev. 2013]. Disponível em <http://www.dgs.pt/?cr=23451>.
- DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE. – Planeamento da Alta do Doente com AVC. Circular Informativa nº.12/DSPCS de 19 de abril de 2004. Lisboa: Direção-Geral da Saúde, 2004. [Consult. 5 Dez. 2012]. Disponível em <http://servicosociaisauade.files.wordpress.com/2007/11/alta-avc.pdf>.
- ENTIDADE REGULADORA DE SAÚDE. – Estudo de Avaliação dos Centros Hospitalares. Lisboa: Entidade Reguladora de Saúde, 2012. [Consult. 18 Dez. 2012]. Disponível em https://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/399/Relat_rio_Centros_Hospitalares.pdf.
- EPSTEIN, A. – Revisiting Readmissions — Changing the Incentives for Shared Accountability. The New England Journal of Medicine. 360 (abril 2009). 1457-1459. [Consult. 11 Set. 2012]. Disponível em <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMe0901006>.
- ESCOVAL, A.; FERNANDES, A.; MATOS, T.; SANTOS, A. – Plano Nacional De Saúde 2011-2016: Cuidados de saúde hospitalares. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública, 2010. [Consult. 4 Jan. 2013]. Disponível em <http://www.observaport.org/sites/observaport.org/files/CSH2.pdf>.
- EVANS, R.; HENDRICKS, R. – Evaluating Hospital Discharge Planning: a Randomised Controlled Trial. Medical Care. 31:4 (abril 1993). 358-370. [Consult. 15 Nov. 2012]. Disponível em <http://www.jstor.org/discover/10.2307/3766003?uid=39459&uid=402360&uid=3738880>

&uid=368665151&uid=5911000&uid=2&uid=3&uid=39450&uid=67&uid=62&sid=21102047678163.

– EVANS, R.; HENDRICKS, R. – Evaluating hospital discharge planning: A randomized clinical trial. *Medical Care*, 31:4, 358-370. (abril 1993). [Consult. 22 Dez. 2012]. Disponível em

<http://www.jstor.org/discover/10.2307/3766003?uid=39459&uid=402360&uid=3738880&uid=2134&uid=4582154037&uid=368665151&uid=5911000&uid=2&uid=70&uid=3&uid=39450&uid=67&uid=4582154027&uid=62&uid=60&sid=21102386780467>.

– FORSTER, A.; MURFF, H.; PETERSON, J.; GHANDI, T.; BATES, D. – The Incidence and Severity of Adverse Events Affecting Patients after Discharge from the Hospital. *Annals of Internal Medicine*. 138:3 (fevereiro 2003). [Consult. 22 Dez. 2012].

– FORTIN, M. – Fundamentos e etapas do processo de investigação. (1ª ed.). Loures: Lusodidacta. (2009).

– GREENWALD, J.L.; JACK, B.W. – Preventing the Preventable: Reducing Rehospitalizations Through Coordinated, Patient-Centered Discharge Processes. *Professional Case Management*. 14:3. (agosto 2009). 135-142. [Consult. 21 Set. 2012]. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2720804/>.

– GREENWALD, J.; DENHAM, C.; JACK, B. – The Hospital Discharge: A Review of a High Risk Care Transition With Highlights of a Reengineered Discharge Process. *Journal of Patient Safety*. 3:2 (junho 2007). 97-106. [Consult. 12 Dez. 2012]. Disponível em <https://www.bu.edu/fammed/projectred/publications/greenwald.pdf>.

– GRUPO TÉCNICO PARA A REFORMA HOSPITALAR. – Relatório Final: Os Cidadãos no Centro do Sistema. Os Profissionais no Centro da Mudança. Lisboa: Ministério da Saúde, 2011. [Consult. 11 Jan. 2013]. Disponível em http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/84FCFCE2-3C84-4ABE-8E5F-AD4DDB0B46F4/0/RelatorioGTRH_Nov2011.pdf.

– HAGER, J. – Effects of a Discharge Planning Intervention on Perceived Readiness for Discharge. Doctor of Nursing Practice Systems Change Projects. Paper 2. Minnesota: St. Catherine University, 2010. [Consult. 11 Set. 2012]. Disponível em http://sophia.stkate.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1002&context=dnp_projects.

– HAGGERTY, J.; REID, R.; FREEMAN, G.; STARFIELD, B.; ADAIR, C.; KENDRY, R. – Continuity of care: a multidisciplinary review. *BMJ Group*. 327 (novembro 2003). 1219-1221. [Consult. 2 Jan. 2013]. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC274066/>.

- HALASYAMANI, L.; KRIPALANI, M.; COLEMAN, E.; SCHINIPPER, J.; VAN WALRAVEN, C.; NAGAMINE, J.; TORCSON, P.; BOOKWALTER, T.; BUDNITZ, T.; MANNING, D. – Transition of Care for Hospitalized Elderly Patients - Development of a Discharge Checklist for Hospitalists. Society of Hospital Medicine. 1:6 (dezembro 2006). [Consult. 23 Dez. 2012]. Disponível em <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/jhm.129/pdf>.
- HEALTH & SOCIAL CARE JOINT UNIT AND CHANGE AGENTS TEAM. – Discharge from hospital: pathway, process and practice. Department of Health. (janeiro 2003). [Consult. 22 Dez. 2012]. Disponível em http://www.akaz.ba/Klinicki_put/Dokumenti/DH_4116525.pdf.
- HENRIQUES, A.; NEVES, C.; PESQUITA, I. – Estudos Correlacionais e Estudos Causal-Comparativos. Departamento de Formação da Faculdade de Ciências da Universidade de Lisboa. Lisboa: Faculdade de Ciências da Universidade de Lisboa. 2004. [Consult. 6 Fev. 2013]. Disponível em <http://www.educ.fc.ul.pt/docentes/ichagas/mi1/t1textoestcorrelacionais.pdf>.
- HOLLAND, D.; HERMANN, M. – Standardizing Hospital Discharge Planning at the Mayo Clinic. The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety. 37:1 (janeiro 2011). 29-36. [Consult. 27 Dez. 2012]. Disponível em <https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=5&cad=rja&ved=0CGYQFjAE&url=http%3A%2F%2Fwww.jcrinc.com%2Fcommon%2Fpdfs%2Fnursesweek%2Fjournaldischargeplanning.pdf&ei=91cmUdLtHluGhQeo2oGACQ&usg=AFQjCNE2762gV4b9ISMdxr6W-VdRI3GrIw&sig2=aOnSQQLbK7v35JcYXeifhQ&bvm=bv.42661473,d.ZG4>.
- HOSPITAL PROFESSOR DOUTOR FERNANDO FONSECA. – Relatório e Contas 2011. Lisboa: Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, 2012. [Consult. 14 abril 2013]. Disponível em <http://www.slideshare.net/hffepe/relatorio-e-contas-2011-16017267>.
- INSPEÇÃO-GERAL DAS ATIVIDADES DE SAÚDE. – Processo Nº12/2005: Comunicação, no momento da “alta” clínica, com a família dos doentes internados nos hospitais do SNS. Lisboa: Inspeção-Geral das Atividades de Saúde, 2005.
- INSPEÇÃO-GERAL DAS ATIVIDADES DE SAÚDE. – Relatório IGAS n.º322/2011: Planeamento das altas clinicas nos estabelecimentos hospitalares do SNS e a comunicação com os familiares dos doentes (Follow-up). Lisboa: Inspeção-Geral das Atividades de Saúde, 2011.

- INSTITUTO DE GESTÃO INFORMÁTICA E FINANCEIRA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE. – Readmissão em GDH médico. Portal de Codificação e dos GDH. Administração Central do Sistema de Saúde e Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. (1999). [Consult. 3 Jan. 2013]. Disponível em http://portalcodgdh.min-saude.pt/index.php/Readmiss%C3%A3o_em_GDH_m%C3%A9dico.
- INSTITUTO DE GESTÃO INFORMÁTICA E FINANCEIRA. – Doentes Saídos por Cama. Portal de Codificação Clínica e dos GDH. Administração Central do Sistema de Saúde e Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. (2002). [Consult. 10 Mar. 2013]. Disponível em http://portalcodgdh.min-saude.pt/index.php/Doentes_sa%C3%ADdos_por_cama.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA. – Alta de Internamento de um Estabelecimento de Saúde. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, 2005. [Consult. 10 Dez. 2012]. Disponível em http://metaweb.ine.pt/sim/conceitos/Detalhe.aspx?cnc_cod=493&cnc_ini=26-11-2002.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA. – Censos 2011 – Resultados Pré-definitivos. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, 2012. [Consult. 10 Dez. 2012]. Disponível em http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=134582847&DESTAQUESmodo=2.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA. – Documento Metodológico: Operação Estatística: Inquérito aos Hospitais. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, 2004. [Consult. 10 Mar. 2013]. Disponível em http://www.ine.pt/investigadores/DOCMET_10_2_Hospitais.pdf.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA. – Glossário: Lotação. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos. [Consult. 10 Mar. 2013]. Disponível em <http://www.pordata.pt/Municipios/SNS+lotacao+dos+hospitais+gerais+e+especializados-268>.
- JACK, B.; CHETTY, V.; ANTHONY, D.; GREENWALD, J.; SANCHEZ, G.; JOHNSON, A.; FORSYTHE, S.; O'DONNELL, J.; PASSASCHE-ORLOW, M.; MANASSEH, C.; MARTIN, S.; CULPEPPER, L. – A Reengineered Hospital Discharge Program to Decrease Rehospitalization: A Randomized Trial. *Annals of Internal Medicine*. 150:3 (fevereiro 2009). 178-187. [Consult. 19 Nov. 2012]. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2738592/>.

- JENCKS, S.; WILLIAMS, M.; COLEMAN, E. – Rehospitalizations among Patients in the Medicare Fee-for-Service Program. *The New England Journal of Medicine*. 360 (abril 2009). 1418-1428. [Consult. 2 Jan. 2013]. Disponível em <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMsa0803563?siteid=nejm&keytype=ref&ijkey=3CQjS3yxXjOtY#t=articleBackground>.
- JHA, A.; ORAV, E.; EPSTEIN, A. – Public Reporting of Discharge Planning and Rates of Readmissions. *The New England Journal of Medicine*. 361:127 (dezembro 2009). 2637-2645. [Consult. 12 Dez. 2012]. Disponível em <http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMsa0904859>.
- JORDÃO, E. – A Problemática dos Reinternamentos: Análise Comparativa dos Serviços de Medicina das Duas Unidades do Centro Hospitalar do Alto Ave EPE. Dissertação de Mestrado em Economia e Políticas da Saúde. Minho: Universidade do Minho, 2012. [Consult. 10 Jul. 2012]. Disponível em <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/19164/1/Elsa%20Maria%20Castro%20Jord%C3%A3o.pdf>.
- KOSECOFF, J.; KAHN, K.; ROGERS, W.; REINISCH, E.; SHERWOOD, M.; RUBENSTEIN, L.; DRAPER, D.; ROTH, C.; CHEW, C.; BROOL, R. – Prospective Payment System and Impairment at Discharge: The “Quicker-and-Sicker” Story Revisited. *The Journal of the American Medical Association*. 264:15 (outubro 1990).1980-1983. [Consult. 28 Jan. 2013]. Disponível em <http://users.soe.ucsc.edu/~draper/kosecoff-et al-1990.pdf>.
- KRIPALANI, S.; JACKSON, A.; SCHNIPPER, J.; COLEMAN, E. – Promoting Effective Transitions of Care at Hospital Discharge: A Review of Key Issues for Hospitalists. *Society of Hospital Medicine*. 2:5 (outubro 2007). 314-323. [Consult. 7 Dez. 2012]. Disponível em <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/jhm.228/pdf>.
- KRIPALANI, S.; LEFVRE, F.; PHILLIPS, C.O.; WILLIAMS, M.V.; BASAVIAH, P.; BAKER, D.W. – Deficits in Communication and Information Transfer Between Hospital-Based and Primary Care Physicians: Implications for Patient Safety and Continuity of Care. *The Journal of the American Medical Association*. 297:8 (2007). 831-841. [Consult. 21 Set. 2012]. <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=205790>.
- MARQUES, C. – Mudança organizacional em contexto hospitalar: Um projeto de planeamento de altas. Dissertação de Mestrado em Comportamento

Organizacional. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada, 2005. [Consult. 29 Dez. 2012]. Disponível em <http://hdl.handle.net/10400.12/643>.

– MCKENNA, H.; KEENEY, S.; GLENN, A.; GORDON, P. – Discharge Planning: an exploratory study. *Journal of Clinical Nursing*. 9:4 (2000). 594-601. [Consult. 23 Dez. 2012]. Disponível em <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.1365-2702.2000.00384.x/pdf>.

– MINISTÉRIO DA SAÚDE. – Carta dos Direitos do Doente Internado. Lisboa: Ministério da saúde, 2005. [Consult. 27 Dez. 2012]. Disponível em <http://www.min-saude.pt/portal/conteudos/informacoes+uteis/direitos+deveres/Carta+dos+Direitos+do+Doente+Internado.htm>.

– MINISTÉRIO DA SAÚDE. – Contrato-Programa 2006. Lisboa: Ministério da Saúde, 2006. [Consult. 14 abril 2013]. Disponível em <http://www.acss.min-saude.pt/Direc%C3%A7%C3%B5eseUnidades/FinanciamentoeContratualiza%C3%A7%C3%A3o/Contratualiza%C3%A7%C3%A3oHHULS/tabid/288/language/pt-PT/Default.aspx>.

– MINISTÉRIO DA SAÚDE. – Contrato-Programa 2007. Lisboa: Ministério da Saúde, 2007. [Consult. 14 abril 2013]. Disponível em <http://www.acss.min-saude.pt/Direc%C3%A7%C3%B5eseUnidades/FinanciamentoeContratualiza%C3%A7%C3%A3o/Contratualiza%C3%A7%C3%A3oHHULS/tabid/288/language/pt-PT/Default.aspx>.

– MINISTÉRIO DA SAÚDE. – Contrato-Programa 2008. Lisboa: Ministério da Saúde, 2008. [Consult. 14 abril 2013]. Disponível em <http://www.acss.min-saude.pt/Direc%C3%A7%C3%B5eseUnidades/FinanciamentoeContratualiza%C3%A7%C3%A3o/Contratualiza%C3%A7%C3%A3oHHULS/tabid/288/language/pt-PT/Default.aspx>.

– MINISTÉRIO DA SAÚDE. – Contrato-Programa 2009. Lisboa: Ministério da Saúde, 2009. [Consult. 14 abril 2013]. Disponível em <http://www.acss.min-saude.pt/Direc%C3%A7%C3%B5eseUnidades/FinanciamentoeContratualiza%C3%A7%C3%A3o/Contratualiza%C3%A7%C3%A3oHHULS/tabid/288/language/pt-PT/Default.aspx>.

– NATIONAL TRANSITIONS OF CARE COALITION. – Improving Transitions of Care: Findings and Considerations of the “Vision of the National Transitions of Care Coalition”. Washington: National Transitions of Care Coalition, 2010. [Consult. 6 Set.

2012]. Disponível em
<http://www.ntocc.org/Portals/0/PDF/Resources/NTOCCIssueBriefs.pdf>.

– NAYLOR, M.; BROOTEN, D.; JONES, R.; LAVIZZO, M.; MEZEY, M.; PAULY, M. – Comprehensive discharge planning for the hospitalized elderly: a randomized clinical trial. American College of Physicians. 120 (1994). 999-1006. [Consult. 21 Set. 2012]. Disponível em
http://www.commonwealthfund.org/usr_doc/Annals_of_Internal_Medicine_1994.pdf.

– OBSERVATÓRIO PORTUGUÊS DOS SISTEMAS DE SAÚDE. – Relatório de primavera 2011: Da depressão da crise. Para a governação prospetiva da saúde. Lisboa: Observatório Português dos Sistemas de Saúde, 2012. [Consult. 27 Dez. 2012]. Disponível em
http://www.observaport.org/sites/observaport.org/files/RelatorioPrimavera2011_OPSS_1.pdf.

– ORGANIZAÇÃO PARA A COOPERAÇÃO E DESENVOLVIMENTO ECONÓMICO. – Health at a Glance: Europe 2012. Paris: Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico, 2012. [Consult. 12 Dez. 2012]. Disponível em
<http://www.oecd-ilibrary.org/sites/9789264183896-en/03/06/index.html?contentType=/ns/StatisticalPublication,/ns/Chapter&itemId=/content/chapter/9789264183896-33-en&containerItemId=/content/serial/23056088&accessItemIds=&mimeType=text/html>.

– ORGANIZAÇÃO PARA A COOPERAÇÃO E DESENVOLVIMENTO ECONÓMICO. – Health at a Glance 2011: OECD INDICATORS. Paris: Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico, 2011. [4 Jan.2011]. Disponível em
<http://www.oecd.org/health/health-systems/49105858.pdf>.

– PARFREY, P.; GARDNER, E.; VASAVOUR, H.; HARNETT, J.; MCMANAMON, C.; DAWE, J. – The feasibility and efficacy of early discharge planning initiated by the admitting department in two acute care hospitals. Clinical and Investigative Medicine. 17:2 (Abril1994). 88-95. [Consult. 23 Nov. 2012]. Disponível em
http://knowledge translation.ca/sysrev/articles/Parfrey_CIM_1994.pdf.

– PARKER, S.; PEET, S.; MCPHERSON, A.; CANNABY, A.; ABRAMS, K.; BAKER, R.; WILSON, A., LINDESAY, J.; PARKER, G.; JONES, S. – A systematic review of discharge arrangements for older people. Health Technol Assess. 6:4 (2002). [Consult. 18 Dez. 2012]. Disponível em
<http://www.hta.ac.uk/execsumm/summ604.html>.

- PARKER, S.G.— Do current discharge arrangements from inpatient hospital care for the elderly reduce readmission rates, the length of inpatient stay or mortality, or improve health status?. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe, 2005. [Consult. 11 Set. 2012]. Disponível em http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/74670/E87542.pdf.
- PHILLIPS, C.; WRIGHT, S.; KERN, D.; SINGA, R.; SHEPPERD, S.; RUBIN, H. – Comprehensive Discharge Planning With Postdischarge Support for Older Patients With Congestive Heart Failure: A Meta-analysis. The Journal of the American Medical Association. 291:11. (março 2004). 1358-1367. [Consult. 7 Nov. 2012]. Disponível em <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/jama.291.11.1358>.
- POLIT, D.; BECK, C.; HUNGLER, B. – Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem – Métodos, avaliação e utilização. (5ª ed.). Porto Alegre: Artmed. (2004).
- QUIVY, R.; CAMPENHOUDT, L. – Manual de Investigação em Ciências Sociais. (5ª ed.). Lisboa: Gradiva. (2008).
- REIS, E. – Estatística Descritiva. (7ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo. (2008).
- RIBEIRO, J. – Metodologia de investigação em psicologia da saúde. (1ª ed.). Porto: Legis. (2007).
- SANTANA, R. – O financiamento hospitalar e a definição de preços. Revista Portuguesa de Saúde Pública. 5 (2005). 93-118. [Consult. 11 Fev. 2013]. Disponível em http://gos.ensp.unl.pt/sites/gos.ensp.unl.pt/files/vtematicon5_06-2005.pdf.
- SANTANA, R.; COSTA, C. – A integração vertical de cuidados de saúde: aspetos conceptuais e organizacionais. Revista Portuguesa de Saúde Pública. 7 (2008). 29-56. [Consult. 12 Set. 2012]. Disponível em http://gos.ensp.unl.pt/sites/gos.ensp.unl.pt/files/24_A_integracao_vertical_de_cuidados_de_saude_aspectos_conceptuais_e_organizacionais.pdf.
- SCHNEIDER, S.; SCHMITT, C. – O uso do método comparativo nas ciências sociais. Cadernos de Sociologia. Porto Alegre. 9 (1998). 49-87. [Consult. 12 Fev. 2013]. Disponível em <http://www.ufrgs.br/pgdr/arquivos/373.pdf>.
- SCOTT, I. – Preventing the Rebound: improving care transition in hospital discharge processes. Australian Health Review. 34:4 (novembro 2010). 445-451. [Consult. 15 Set. 2012]. Disponível em <http://www.publish.csiro.au/index.cfm?paper=AH09777>.

- SHEPPERD, S.; PARKES, J.; MCCLARAN, J.; PHILLIPS, C. – Discharge planning from hospital to home. Oxford: Cochrane Database of Systematic Reviews, 2008. [Consult. 11 Set. 2012]. Disponível em http://hospitalmedicine.ucsf.edu/improve/literature/discharge_committee_literature/preparing_patients_at_discharge/discharge_planning_from_hospital_to_home_shepperd_cochrane_collaboration.pdf.
- SOLER, R.; CANAL, D.; NOGUER, C.; POCH, C.; MOTGE, N.; GIL, M. – Continuity of care and monitoring pain after discharge: patient perspective. Journal of Advanced Nursing. 66:1 (julho 2009). 40-48. [Consult. 2 Jan. 2013]. Disponível em <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2648.2009.05136.x/pdf>.
- STRUNIN, L.; STONE, M.; JACK, B. – Understanding Rehospitalization Risk: Can the Hospital Discharge be Modified to Impact Recurrent Hospitalization. Boston: University School of Public Health, Data Desconhecida. [Consult. 22 Dez. 2012]. Disponível em https://www.bu.edu/fammed/projectred/publications/Strunin_L.pdf.
- THE CARE TRANSITION PROGRAM. – Health Care Services in Improving Quality and Safety During Care Hand-offs. Nova Iorque: The Care Transition Program, 2007. [Consult. 10 Jul.2012]. Disponível *online* em <http://www.caretransitions.org/definitions.asp>.
- THE HEALTH BOARDS EXECUTIVE.– Admissions and Discharge Guidelines: Health Strategy Implementation Project 2003. Dublin: The Health Boards Executive, 2003. [Consult. 27 Dez. 2012]. Disponível em http://www.dohc.ie/issues/health_strategy/action84.pdf?direct=1.
- TRIBUNAL DE CONTAS. – Auditoria à Rede Nacional dos Cuidados Continuados Integrados 2006-2008. Relatório n.º 38 /09 - 2ª S. Processo n.º 51/08 – Audit. Volume I. Lisboa: Tribunal de Contas, 2009. [Consult. 27 Fev. 2013]. Disponível em http://www.tcontas.pt/pt/atos/rel_auditoria/2009/audit-dgtrc-rel038-2009-2s.pdf.
- UNIDADE DE MISSÃO PARA OS CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS. – Manual de Planeamento e Gestão de Altas. Lisboa: Ministério da Saúde, Data Desconhecida. [Consult. 18 Out. 2012]. Disponível em <http://www.umcci.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/mpga.pdf>. Último acesso a 18 de outubro de 2012.
- UNIDADE DE MISSÃO PARA OS CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS. – Relatório intercalar de monitorização da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI): 1º Semestre de 2011. Lisboa: Rede Nacional de

Cuidados Continuados Integrados, 2011. [Consult. 27 Jan. 2012]. Disponível em http://www.rncci.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/relatorio_monitorizacao_1sem_2011.pdf.

– VAN SERVELLEN, G.; FONGWARN, M.; D'ERRICO, E. – Continuity of care and quality care outcomes for people experiencing chronic conditions: A literature review. *Nursing & Health Sciences*. 8:3 (setembro 2006). 185-195. [Consult. 2 Jan. 2013]. Disponível em <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1442-2018.2006.00278.x/full>.

– VICTORIAN GOVERNMENT HEALTH INFORMATION– Effective Discharge Strategy. Victoria: Victorian Government Health Information, 2008. [Consult. 27 Fev. 2013]. Disponível em <http://www.health.vic.gov.au/archive/archive2008/discharge/paper.htm>.

– VINCENT, C.; NEALE, G.; WOLOSZYNOWYCH, M. – Adverse events in British hospitals: preliminary retrospective record review. *BMJ Group*. Vol.322. (março 2001). [Consult. 27 Dez. 2012]. Disponível em <http://www.bmj.com/content/322/7285/517.pdf%2Bhtml>.

– WALRAVEN, C.; SETH, R.; AUSTIN, P.; LAUPAIS, A. – Effect of Discharge Summary Availability During Post-discharge Visits on Hospital Readmission. *Journal of General Internal Medicine*. 17:3 (março 2002). 186-192. [Consult. 18 Nov. 2012]. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1495026/>.

– WEINBERGER, M.; ODDONE, E.; HENDERSON, W. – Does increased access to primary care reduce hospital admissions? Veterans Affairs Cooperative Study Group on Primary Care and Hospital Readmissions. *New England Journal of Medicine*. 334:22 (maio 1996). 1441-1447 [Consult. 18 Nov. 2012]. Disponível em <http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJM199605303342206>.

– WONG, E.; YAM, C.; CHEUNG, A.; LEUNG, M.; CHAN, F.; WONG, F.; YEOH, E. – Barriers to effective discharge planning: a qualitative study investigating the perspectives of frontline healthcare professionals. *BMC Health Services Research*. 11:242 (setembro 2011). [Consult. 27 Dez. 2012]. Disponível em <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/11/242>.

– WOOD, G.; HABER, J. – Pesquisa em Enfermagem – Métodos, Avaliação Crítica e Utilização. (4ª ed.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. (2001).

8. Apêndices

Apêndice I – Cronograma

Cronograma 2012/2013																				
Actividades	Mês/Semanas – 1º Semestre																			
	Setembro				Outubro				Novembro				Dezembro				Janeiro			
	1ª	2ª	3ª	4ª	1ª	2ª	3ª	4ª	1ª	2ª	3ª	4ª	1ª	2ª	3ª	4ª	1ª	2ª	3ª	4ª
1) Escolha do Tema																				
2) Realização proposta projecto de investigação				24																
3) Revisão Bibliográfica																				
4) Realização da Introdução e Definição da Metodologia																				
5) Recolha de dados																				
6) Envio de ofício a pedir dados à RNCCI																				
7) Tratamento, análise e interpretação dos resultados																				
8) Entrega do trabalho de projecto ao orientador																				
9) Entrega final do trabalho de projecto																				

[illegible]

Apêndice II – População Acessível do Estudo

Quadro 16 - População Acessível do Estudo

Região	Hospitais	PAh <i>standartizado</i>
Norte	Centro Hospitalar do Alto Ave, EPE	Sim
Norte	Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga, EPE	Sim
Norte	Centro Hospitalar o Médio Ave, EPE	Não
Norte	Centro Hospitalar do Nordeste, EPE	Sim
Norte	Centro Hospitalar do Porto, EPE	Não
Norte	Centro Hospitalar da Póvoa do Varzim / Vila do Conde, EPE	Sim
Norte	Centro Hospitalar São João, EPE	Não
Norte	Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE	Sim
Norte	Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, EPE	Sim
Norte	Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia / Espinho, EPE	Não
Norte	Hospital de Magalhães Lemos, EPE	Sim
Norte	Hospital Nossa Senhora da Conceição - Valongo	Sim
Norte	Hospital de Santa Maria Maior, EPE - Barcelos	Sim
Norte	Hospital de São João, EPE - Porto	Sim
Norte	IPO - PORTO, EPE	Sim
Norte	Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE	Sim
Norte	Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE	Sim
Centro	Centro Hospitalar Baixo Vouga, EPE	Não
Centro	Centro Hospitalar de Coimbra, EPE	Sim
Centro	Centro Hospitalar do Médio Tejo, EPE	Sim
Centro	Centro Hospitalar Psiquiátrico de Coimbra	Não
Centro	Centro Hospitalar Tondela - Viseu, EPE	Sim
Centro	Hospital Arcebispo João Crisóstomo - Cantanhede	Sim
Centro	Hospital Cândido de Figueiredo - Tondela	Não
Centro	Hospital Distrital de Águeda	Sim
Centro	Hospital Distrital da Figueira da Foz, EPE	Sim
Centro	Hospital Distrital de Pombal	Não
Centro	Hospital Dr. Francisco Zagalo - Ovar	Sim
Centro	Hospital José Luciano de Castro - Anadia	Sim
Centro	Hospital de Santo André, EPE - Leiria	Sim
Centro	Hospitais da Universidade de Coimbra, EPE	Não
Centro	Hospital Visconde de Salreu - Estarreja	Não
Centro	IPO - COIMBRA, EPE	Sim
Centro	Unidade Local de Saúde de Castelo Branco, EPE	Não
Centro	Unidade Local de Saúde da Guarda, EPE	Não
LVT	Centro Hospitalar do Barreiro Montijo, EPE	Sim
LVT	Centro Hospitalar Lisboa Central, EPE	Sim
LVT	Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE	Não

LVT	Centro Hospitalar Lisboa Ocidental, EPE	Não
LVT	Centro Hospitalar Oeste Norte	Não
LVT	Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa	Não
LVT	Centro Hospitalar de Setúbal, EPE	Sim
LVT	Centro Hospitalar de Torres Vedras	Não
LVT	Hospital Curry Cabral, EPE	Não
LVT	Hospital Distrital de Santarém, EPE	Não
LVT	Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca - Amadora/Sintra	Sim
LVT	Hospital Garcia de Orta, EPE - Almada	Sim
LVT	Hospital Reynaldo dos Santos - Vila Franca de Xira	Não
LVT	Hospital de Santa Maria, EPE	Sim
LVT	Instituto de Oftalmologia Dr. Gama Pinto	Sim
LVT	IPO - LISBOA, EPE	Sim
Alentejo	Hospital do Espírito Santo - Évora, EPE	Não
Alentejo	Hospital do Litoral Alentejano - Santiago do Cacém, EPE	Sim
Alentejo	Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, EPE	Não
Alentejo	Unidade Local de Saúde do Norte Alentejo, EPE	Não
Algarve	Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio, EPE	Sim
Algarve	Hospital de Faro, EPE	Não

Apêndice III – Carta a solicitar acesso a dados da RNCCI

Equipa de Coordenação Nacional
Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
Av. João Crisóstomo, nº 14
1000-177 Lisboa Portugal

Lisboa, 13 de maio de 2013

Assunto: ***Pedido de colaboração a aluna do Curso de Mestrado em Gestão da Saúde***

A nossa aluna do VII Curso de Mestrado em Gestão da Saúde (VII CMGS 2011/2013), **Filipa Buzaglo Salema Garção** encontra-se neste momento em fase de realização do seu Trabalho de Projeto, que versará sobre o tema “O Planeamento das Altas e o Impacto nos Indicadores de Desempenho Hospitalar”, sob a orientação do Professor Francisco Ramos, docente desta Escola.

A aluna irá realizar uma análise comparativa de 12 unidades hospitalares que diferem na elaboração do planeamento de altas, de acordo com um estudo realizado pela Inspeção-Geral das Atividades de Saúde e publicado em 2011. As unidades hospitalares em estudo são as seguintes: ULS Castelo Branco - Hospital Amato Lusitano, Hospital Curry Cabral, Hospital Distrital de Santarém, Hospital Reynaldo dos Santos, Hospital do Espírito Santo – Évora, Hospital de Faro, Hospital de Santa Maria Maior – Barcelos, Hospital Distrital da Figueira da Foz, Hospital Dr. Francisco Zagalo, Hospital. Prof. Dr. Fernando Fonseca, Hospital. Garcia de Orta e Hospital do Litoral Alentejano.

Será realizada uma comparação das características gerais dos hospitais e posteriormente de indicadores como Reinternamento e Demora Média, dos anos 2006 e 2010.

A maioria dos dados necessários para a prossecução deste projeto de investigação estão disponíveis no sítio dos Centros Hospitalares, ACSS e DGS, no entanto não foi possível aceder aos seguintes dados do ano 2010:

- Total de doentes referenciados à RNCCI;
- Referenciação por Tipologia;
- Nº doentes admitidos.

Os dados obtidos serão unicamente tratados pela investigadora, respeitando todos os princípios éticos decorrentes de uma investigação.

Deste modo, solicita-se a V. Exa., a colaboração na cedência dos dados acima referidos.

Na expectativa do bom acolhimento deste pedido, apresento os meus melhores cumprimentos,

O DIRETOR

(João Pereira, *Prof. Doutor*)

Contactos da aluna:

Filipa Salema Garção Tlm: 919575848 Email: filipasalemagarcao@gmail.com

Apêndice IV – Análise de Dados: significância das diferenças

Tabela 1 - Índice de Case-Mix Médico, significância das diferenças

Sim PAh		Não PAh		Sig.
M	Dp	M	Dp	
,87	,06	,83	,16	0,150 a)

a) Significância do teste de Mann-Whitney

Tabela 2 - Atividade Assistencial: Internamento - Dias de Internamento, significância das diferenças

	Atividade Assistencial Internamento				
	Sim PAh		Não PAh		Sig.
	M	Dp	M	Dp	
Total Esp. Dias Internamento 06	86706,17	87142,72	104846,17	31008,29	0,337 a)
Total Esp. Dias Internamento 10	95954,50	102016,69	107888,50	36789,92	0,337 a)
Esp. Méd. Dias Internamento 06	47676,50	47033,94	55465,17	16734,09	0,337 a)
Esp. Méd. Dias Internamento 10	52540,00	57401,60	59390,67	21550,84	0,793

Tabela 3 - Atividade Assistencial: Internamento - Taxa de Ocupação, significância das diferenças

	Taxa de Ocupação				
	Sim PAh		Não PAh		Sig.
	M	Dp	M	Dp	
Total Esp. Txa Ocupação 06	77,17	14,106	78,83	8,886	0,812
Total Esp. Txa Ocupação 10	81,17	10,108	84,50	12,534	0,623
Esp. Méd. Txa Ocupação 06	93,83	23,853	84,67	10,652	0,419
Esp. Méd. Txa Ocupação 10	93,67	11,130	92,83	16,043	0,919

Tabela 4 - Atividade Assistencial: Internamento - Doentes Saídos/Cama, significância das diferenças

	Doentes Saídos/Cama				
	Sim PAh		Não PAh		Sig.
	M	Dp	M	Dp	
Total Esp. DoentesSaídos/Cama 06	41,67	8,017	37,00	7,376	0,296 a)
Total Esp. DoentesSaídos/Cama 10	37,33	11,147	39,67	6,055	0,630 a)
Esp. Méd. DoentesSaídos/Cama 06	40,17	14,538	35,83	11,669	0,810 a)

Esp. Méd. DoentesSaídos/Cama 10	35,00	8,967	39,83	10,284	0,406
--	-------	-------	-------	--------	-------

a) Significância do teste de Mann-Whitney

Tabela 5 - Recursos Humanos: Capacidade por Cama, significância das diferenças.

	Capacidade por Cama				
	Sim PAh		Não PAh		Sig.
	M	Dp	M	Dp	
Médico/Cama 06	,59	,52	,58	,14	0,523 a)
Médico/Cama 10	,55	,52	,67	,19	0,336 a)
Enfermeiro/Cama 06	1,21	,52	1,18	,06	0,138 a)
Enfermeiro/Cama 10	1,27	,41	1,30	,23	0,523 a)

a) Significância do teste de Mann-Whitney

Tabela 6 - Variáveis de Investigação, significância das diferenças.

	Demora Média				
	Sim PAh		Não PAh		Sig.
	M	Dp	M	Dp	
Total Esp. 06	6,83	1,17	8,00	1,27	0,078 a)
Total Esp. 07	7,33	1,21	7,00	0,89	0,599
Total Esp. 08	7,00	0,89	7,67	1,37	0,341
Total Esp. 09	7,33	0,52	7,50	0,84	0,847 a)
Total Esp. 10	8,50	2,26	8,00	1,10	0,930 a)
Esp. Méd. 06	9,00	1,79	9,33	2,73	0,808
Esp. Méd. 07	9,83	1,72	9,00	1,79	0,430
Esp. Méd. 08	9,50	1,05	8,83	1,47	0,388
Esp. Méd. 09	9,33	2,34	8,33	1,21	0,560 a)
Esp. Méd. 10	10,50	3,21	8,67	1,51	0,162 a)

Taxa de Reinternamento

Tx. Reinternamento 10	7,48	3,10	8,40	1,62	0,631 a)
------------------------------	------	------	------	------	----------

a) Significância do teste de Mann-Whitney

